

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

PAULO ROBERTO MIX

**ELABORAÇÃO DE MARCADORES PEDAGÓGICOS COMO SUBSÍDIO PARA
CONSTRUÇÃO DE PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO PARA O ENSINO
SUPERIOR EM ENFERMAGEM**

PORTO ALEGRE

2016

Paulo Roberto Mix

ELABORAÇÃO DE MARCADORES PEDAGÓGICOS COMO SUBSÍDIO PARA
CONSTRUÇÃO DE PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO PARA O ENSINO
SUPERIOR EM ENFERMAGEM

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós de Graduação, Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof. Dra. Simone Edi Chaves

Porto Alegre

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

- M685e Mix, Paulo Roberto
 Elaboração de marcadores pedagógicos como subsídio para
 construção de projeto político pedagógico para o ensino superior em
 enfermagem / Paulo Roberto Mix ; orientação de Simone Edi Chaves. –
 Porto Alegre, 2016.
 94 f. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós de Graduação, Curso de
 Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio
 dos Sinos – UNISINOS, 2016.
1. Ensino superior em enfermagem. 2. Projeto político pedagógico.
 3. Marcadores pedagógicos. 4. Santa Rosa, RS. I. Chaves, Simone Edi,
 orientadora. II. Título.

CDU: 378:614.21

Paulo Roberto Mix

ELABORAÇÃO DE MARCADORES PEDAGÓGICOS COMO SUBSÍDIO PARA
CONSTRUÇÃO DE PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO PARA O ENSINO
SUPERIOR EM ENFERMAGEM

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós de Graduação, Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Simone Edi Chaves – UNISINOS

Profa. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zoche – UFSC

Profa. Dra. Maria de Fátima Ferreira Grillo – HCPA

Dedico este trabalho a minha mãe Sidonia (in memoriam) um exemplo de mãe, mulher, amiga e incentivadora. Tenho certeza que estás olhando por nós e com um imenso sorriso de felicidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha amada Deysi, pelo apoio, incentivo, paciência no caminhar desse trajeto e o tempo em que tive que deixá-la sozinha, que será recompensado por outros momentos em nossas vidas.

A minha família, meu pai Valdemar e as minhas irmãs, Fernanda e Bruna, pelo apoio incondicional e confiança despejada em mim.

A minha tia Eugênia pelas palavras de entusiasmo e também pela acolhida nas semanas em que permaneci em Porto Alegre.

Agradecimento especial ao Césio Carlos pela oportunidade de participar da construção do curso da FEMA e o incentivo desafiador de fazer o mestrado.

As professoras Mônica e Ieda pela oportunidade de entrar na docência.

A minha turma de mestrado pelos momentos de angústias, alegrias, muita conversa boa e com certeza muito aprendizado.

Aos professores do mestrado pelo empenho, dedicação nos ensinamentos.

A professora e orientadora Simone com certeza uma pessoa que produziu e fez a diferença em minha vida. Influenciou na escolha do tema e encorajou-me na superação das minhas limitações e desconfianças, auxiliou nas reflexões e caminhou junto na construção do trabalho.

A Deus pela vida e a presença dessas pessoas nela.

*“Obstáculo é aquilo que você enxerga quando tira os olhos do
seu objetivo”*

Justin Herald

RESUMO

Este texto é resultado de um estudo de natureza qualitativa, exploratório, descritivo. Que teve como objetivo de Propor marcadores pedagógicos que subsidiem a elaboração de um Projeto Político Pedagógico (PPP) para um curso de graduação em enfermagem no Município de Santa Rosa. Os dados foram coletados utilizando a técnica de Grupo Focal, que teve como dispositivo para sua composição o Quadrilátero da Formação para área da saúde, com participantes da área do ensino, da gestão, da atenção e do controle social, com total de oito participantes que representaram as quatro faces do quadrilátero. Foram realizadas três sessões resultaram com a indicação de quatro marcadores pedagógicos afetos a formação do enfermeiro que foram: Compromisso com o SUS, Integralidade da atenção à saúde, Responsabilização nos processos de cuidado em saúde e Gerenciamento e Liderança. Apresentamos uma proposta de matriz curricular que servirá de sugestão para a implementação de um Curso de Enfermagem na perspectiva de reforçar o compromisso social e político e atender as exigências de novos modelos de formação no ensino superior. Para que seja possível um novo modo de formação de enfermeiros, a proposta da matriz em tela tem essa intenção, é premente a orientação desse processo formativo através das necessidades de saúde da população, com integração do ensino com serviço efetiva e bidirecional, construindo um alicerce sólido para transformação das práticas de atenção e do processo de trabalho e entendendo de que de fato a integralidade será uma realidade na atenção quando compreendermos o usuário e seus problemas como centro da atenção à saúde.

Palavras-chave: Educação. Formação em enfermagem. Integralidade da atenção. Currículo.

ABSTRACT

The objective of this qualitative study is to propose pedagogical markers that support the development of a pedagogical political project (PPP) for a degree course in nursing in the municipality of Santa Rosa. The data were collected using the focus group technique, which in turn utilized the square formation device for health, including participants from the areas of education, management, and social control; a total of eight participants represented the four sides of the square. Three sessions were held, the audio was recorded and subsequently transcribed, and the content analysis technique was used to analyze the data. Four pedagogical markers that affect the training of nurses emerged: Commitment to the SUS [Brazilian Unified Health Care System], Completeness of attention to health, Accountability in health care processes, and Management and leadership. Here we present a proposal for a base curriculum that will serve as a suggestion for implementing a nursing course from the perspective of reinforcing political and social commitment and meeting the requirements of new training models for higher education. In order for the proposed base curriculum to allow a new training mode for nurses, it is fundamental that this training process be guided by the health needs of the population, be integrated into the training with effective and two-way service, constructing a solid foundation to transform care practices and the work process, while understanding that complete care will truly be a reality once we understand the users and their problems as the center of health care.

Keywords: Education, training in nursing, complete care, syllabus.

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEMA	Fundação Educacional Machado de Assis
FUMSSAR	Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa
GF	Grupo focal
IDA	Integração Docente Assistencial
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
NOB	Norma Operacional Básica
P	Participante
PPP	Projetos Políticos Pedagógicos
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RIS	Residência Integrada em Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENADEN	Seminários Nacionais de Diretrizes para Educação em Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNI	Uma Nova Iniciativa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivo geral	15
1.2 Objetivos específicos.....	15
2 MATRIZ DE REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Ensino superior no Brasil.....	16
2.2 Os desafios no ensino superior em enfermagem	21
2.3 A integralidade do cuidado	25
3 METODOLOGIA	32
3.1 Local do estudo.....	32
3.2 Participantes.....	33
3.3 Coleta de dados.....	34
3.4 Análise dos dados.....	35
3.5 Aspectos éticos	36
3.6 Constituição das sessões e composição do grupo focal.....	36
4 DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	39
4.1 Compromisso com o SUS	40
4.2 Integralidade da atenção à saúde	45
4.3 A responsabilização nos processos de cuidado em saúde	58
4.4 Gestão e liderança	63
5 PROPOSTA DE PRODUTO – MATRIZ CURRICULAR	71
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	87
APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA	89
APÊNDICE C – ROTEIRO DISPARADOR DO GRUPO FOCAL	90
ANEXO A – PARECER DO CEP	91
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	92

1 INTRODUÇÃO

Muitos desafios nos são apresentados, algumas vezes não entendemos os motivos, isso nos gera desassossegos e incômodos. Pensar em processos de educação e formação no campo da enfermagem é com certeza um projeto desafiador e uma imensa responsabilidade, sendo essa construção uma experiência nova, e muito complexa. Por meio da formação dos profissionais de saúde devemos assumir novos modos de cuidar com necessidade de trabalho em equipe multidisciplinar, trabalhar mais próximo das culturas populares, de construir redes cuidadoras entre os serviços de saúde, de estabelecer relações orgânicas entre estruturas de serviços e estruturas de ensino/formação. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

Barros (2005 apud SALDANHA, 2013) destaca que formação está vinculada a ideia de habilidades a serem adquiridas como competências técnicas e ao compromisso político para a partir de uma consciência crítica, os profissionais possam promover intervenções nos processos sociais e desarranjos na ordem instituída. Devemos buscar o domínio de competências profissionais mediante o domínio de competências para ler e interpretar os desafios políticos na ação cidadã.

Tradicionalmente o ensino de graduação em enfermagem é essencialmente tecnicista, investe fortemente nos processos de gestão e administração em enfermagem, com distanciamento da prática do cuidado e o contato com usuário. (SILVA, 2010). Geralmente os cursos apresentam currículos fragmentados, onde não se aborda o conceito ampliado de saúde, na subjetividade do sujeito e na integralidade da atenção.

No campo das políticas públicas de saúde o movimento da Reforma Sanitária, que em 1986 realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde, inaugurou a fase participativa e de escuta social nos serviços de saúde. Com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) o conjunto de políticas públicas do setor passou a exigir adequação da formação para o trabalho na saúde ampliando integração ensino-serviço. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

Nessa direção, resgata-se a dimensão política da saúde, explicitada na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, consolidada na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente regulamentada na Lei Orgânica da Saúde 8080/1990 que entende como saúde sendo “[...] resultante das condições de alimentação, habitação,

educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. (BRASIL, 1990).

A incorporação da concepção ampliada de saúde com ênfase na integralidade e no cuidado¹ e a aprendizagem para o trabalho em equipe multidisciplinar tem sido um importante desafio no processo de transformação dos cursos da área da saúde. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014b).

No ano de 2001, o ensino para área da saúde foi regulamentado por meio da homologação da Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 3/2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino de graduação, tendo como um de seus elementos norteadores a noção de competência (BRASIL, 2001a).

Os cursos de graduação na área da saúde, da qual faz parte os cursos de Enfermagem cada vez mais necessitam conhecer a realidade social, cultural e de saúde onde as pessoas estão inseridas, sobretudo se pensarmos nas necessidades impostas pelo Sistema Único de Saúde.

Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004a), tanto o SUS como as DCN colocam a perspectiva da “[...] relevância social às instituições de educação superior.” Para os autores, há necessidade de que as escolas sejam capazes de “formar para a integralidade”, formar de acordo com as necessidades de saúde; que as escolas estejam comprometidas com a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade da saúde em suas diferentes áreas.

As DCN contém os princípios que norteiam a atenção à saúde no Brasil como abertura para os avanços pedagógicos na área e sensibilidades as demandas de setores organizados. Determina a orientação do ensino, a composição da carga horária e os conteúdos curriculares com necessidade de construção coletiva dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e participação da sociedade e diálogo com serviços de saúde. Outras características importantes são o estabelecimento de competências gerais a todos profissionais da saúde, bem como, os processos de formação deveriam centrar-se nas necessidades da realidade local/regional com

¹ O conceito da Integralidade ganha destaque por inserir, no âmbito do cuidado em saúde, não apenas o entendimento do indivíduo inteiro – sem fragmentos, mas, também, a dimensão de corpo integral, a dimensão afetiva e o saber relacional. Para Ceccim, resta-nos desenvolver tecnologias de tratamento que respondam pela condição da integralidade, pela resolutividade das práticas assistenciais e pelos problemas de saúde, tal como experimentados em situações de vida.

atenção à integralidade no cuidado à saúde. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

O PPP se apresenta como uma forma de explicitar os objetivos de um curso e orienta as estratégias, sendo instrumento de integração, de coordenação das ações dos diversos sujeitos envolvidos no processo coletivo. (SAUPE; CESTARI, 2002). Devem ser construídos de forma coletiva, em espaços de conversa e diálogo.

O Projeto deve expressar uma tentativa de comunicação, de interação dos aspectos subjetivos e objetivos, de reflexividade e de criatividade, cujo desencadeamento depende da iniciativa e envolvimento dos sujeitos implicados nesse processo como coletividade em ação. Parte-se, assim, de um processo interativo-colaborativo fundamentado na racionalidade e na integração dos saberes pertinentes ao contexto analisado, o que não é tarefa simples. (NÓBREGA-TERRIEN et al., 2010).

Conforme Nóbrega-Therrien et al. (2010), chamamos de político porque reflete as opções e escolhas de caminhos e prioridades na formação do cidadão, como membro ativo e transformador da sociedade. Chamamos de pedagógico porque expressa as atividades pedagógicas e didáticas que levam a escola a alcançar objetivos educacionais.

A descrição das competências gerais no documento das DCN explicita os caminhos que se espera que um curso de graduação na área da saúde percorra para que a formação profissional esteja adequada às necessidades de saúde do país, com vistas ao fortalecimento das políticas públicas. (SILVA, 2010).

Este documento, em seu artigo 4º, apresenta a descrição das competências e habilidades gerais que precisam ser exploradas em todas as propostas de formação na área da saúde e, por conseguinte, na área da enfermagem. O artigo 4º é o mesmo para o conjunto de cursos de graduação das profissões regulamentadas e reunidas pela área de conhecimento das Ciências da Saúde, exceto a Educação Física. Apresento-as na íntegra por retomar mais adiante, ao longo do texto, suas designações. São competências e habilidades gerais do profissional da saúde: I – Atenção à saúde; II – Tomada de decisões; III – Comunicação; IV – Liderança; V – Administração e gerenciamento; VI – Educação permanente (BRASIL, 2001a).

Silva (2010) diz que mesmo com “movimentos”, poucas novidades apareceram no ensino de graduação em enfermagem, seguimos presos ao modelo tecnicista e hospitalocêntrico. Pensar novos modos de formação, com ênfase e compromisso com

o SUS, na integralidade da e na atenção, contextualizados de acordo com a realidade onde estão inseridos, com corpo docente implicado e com currículos inovadores, integrados com transversalidade é com certeza algo que nos gera muitas angústias e afecções.

Compete ao setor acadêmico compreender o avanço das políticas públicas do campo da saúde e traduzi-las em processos pedagógicos que permitam práticas inovadoras, com uma proposta de ensino da graduação disposta ao ineditismo. Precisamos apostar na multiprofissionalidade, na autonomia do ensino de graduação em saúde para efetivamente garantir uma mudança do perfil profissional que atenda as novas exigências do mundo do trabalho e que evolua no rompimento do ensino com ênfase essencialmente tecnicista, biologicista e hospitalocêntrico. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

Articular ensino-serviço-aprendizagem, formação-controle social, ensino-realidade e buscar alternar caminhos do ensino e da aprendizagem centrado nos conteúdos biológicos e de intervenção curativas, são algumas das propostas produzidas para formação em saúde que desenvolva uma prática de integralidade na assistência ao indivíduo e comunidade. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014b). Nesse sentido o conceito de Ceccim e Feuerwerker (2004a) para o quadrilátero da formação onde associa ensino-serviço-gestão-controle social é uma estratégia para pensar uma formação com qualificação dos trabalhadores para corresponder às necessidades sociais em saúde da população e que tenha potencialidade de mudança da realidade.

Para atender essa nova visão do perfil de profissional de saúde com concepções de educação e saúde adequados a comunidade, na tentativa de romper a dissociação entre formação teórica em relação às exigências da realidade prática, de forma a atender as necessidades da sociedade devemos pensar novos arranjos para formação e estes devem ser direcionados e colocados nos inéditos ou reformulados nos PPP.

Atualmente faço parte do corpo docente do curso técnico em enfermagem de uma instituição de ensino, que já possui cursos de graduação em diferentes áreas e tem a intenção de aumentar a oferta de cursos superiores e o desafio deste estudo é propor marcadores que subsidiem a elaboração de um PPP para um curso de graduação em enfermagem que venha ao encontro do Plano de Desenvolvimento Institucional das Faculdades Integradas Machado de Assis e atendendo as

necessidades regionais, podendo ser um começo do caminho e uma das possibilidades para o PPP da Fundação Educacional Machado de Assis (FEMA) e que seja transformador no modo de formação em saúde.

1.1 Objetivo geral

Propor marcadores pedagógicos que subsidiem a elaboração de um Projeto Político Pedagógico (PPP) para um curso de graduação em enfermagem no Município de Santa Rosa.

1.2 Objetivos específicos

- a) identificar os elementos políticos, pedagógicos e sociais que subsidiem a construção do perfil do egresso para um curso de graduação em enfermagem;
- b) conhecer os espaços de integração ensino-serviço da 14ª região de saúde do Rio Grande do Sul com vistas a implementação de um curso de enfermagem;
- c) debater os principais temas e necessidades de saúde da região como subsídio para elaboração de uma matriz curricular.

2 MATRIZ DE REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Ensino superior no Brasil

A posição estratégica que o ensino superior ocupa no Brasil está especialmente relacionada no impacto da formação e qualificação da força de trabalho e nos processos de modernização e melhoria da sociedade. No Brasil as primeiras instituições de ensino superior foram criadas a partir da vinda da Família Real e em 1808 com a criação da Escola de Cirurgia da Bahia, sendo que em 1832 foi denominada Faculdade de Medicina da Bahia. A partir deste histórico entre as décadas de 20 e 40 se define o Estatuto das Universidades Brasileiras como modelo a ser adotado por todo ensino superior brasileiro. (LEONELLO; MIRANDA NETO; CAMPOS OLIVEIRA, 2011). Na história oficial, a Universidade de São Paulo, instituída em 1934, é reconhecida como sendo a primeira instituição nos moldes universitários tal como definimos, hoje, Universidade, e não Educação Superior. (SALDANHA, 2013).

O autor afirma que na década de 60-70 impulsionado por estudantes oriundos da classe média urbana houve um aumento significativo no número de matrículas nos cursos de ensino superior, mas de maneira distinta nas instituições. Enquanto as Instituições de Ensino Superior (IES) públicas tiveram crescimento de 260%, as IES privadas obtiveram 512% de aumento das matrículas.

Souza Santos (2008 apud SALDANHA, 2013) aponta que no Brasil o endividamento externo e a expansão da industrialização nos anos 1970-1980 levaram o Estado uma crise financeira que repercutiu na universidade pública. Como consequência dessa perda de relevância da universidade pública na política de Estado deixou de priorizar as políticas sociais de educação e saúde.

Durante a década de 80 aconteceu uma estagnação no ensino superior em função da crise econômico/financeira em todo território nacional, recuperando o crescimento nos anos 90 com o processo de diversificação dos contextos institucionais, com a criação de IES com diferentes perfis organizacionais e vocações acadêmicas. (LEONELLO; MIRANDA NETO; CAMPOS OLIVEIRA, 2011).

Para Saldanha (2013), além da crise financeira outro fator responsável pelo abalo da universidade é o ataque da globalização neoliberal as ideias de que as universidades públicas sempre estiveram comprometidas com a construção de

projetos de país, entendendo que isso seria um obstáculo importante a expansão do capitalismo.

Como reflexo da crise institucional houve abertura do bem público universitário para exploração comercial, transformando a universidade em mercado, desviando-se dos objetivos humanistas e culturais. (SALDANHA, 2013).

Para Fávero (2006) alguns desses impasses vividos pela universidade no Brasil poderiam estar ligados à própria história dessa instituição na sociedade brasileira. Basta lembrar que ela foi criada não para atender às necessidades fundamentais da realidade da qual era e é parte, mas pensada e aceita como um bem cultural oferecido a minorias, sem uma definição clara no sentido de que, por suas próprias funções, deveria se constituir em espaço de investigação científica e de produção de conhecimento. Produção essa que deveria procurar responder às necessidades sociais mais amplas e ter como preocupação tornar-se expressão do real, compreendida como característica do conhecimento científico, mas sem a falácia de respostas prontas e acabadas.

Em relação às reformas universitárias do século XX, é importante destacar que somente nos anos 60 a pesquisa científico-tecnológica chegou ao país. A Universidade de Brasília é criada com essa proposta. Com a instituição da Comissão Nacional para Reformulação da Educação Superior, tendo entre seus integrantes a União Nacional de Estudantes, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior e a Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras durante o ano de 1985 houve nova tentativa de reforma universitária. (SALDANHA, 2013).

Na mesma linha a autora afirma que a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, somente instituições que oferecerem programas de pós-graduação credenciados e programas de pesquisa instituídos serão classificadas como universidades, e foi durante essa década que ocorreram grandes incentivos e abertura do sistema para investimentos privados locais.

Para Almeida Filho (2008 apud SALDANHA, 2013, p. 129) o modelo de educação superior que predomina no Brasil atualmente, do ponto de vista epistemológico, predomina uma concepção “[...] linear e fragmentadora do conhecimento, alienada da complexidade dos problemas da natureza, da sociedade, da história e da subjetividade humana”. Afirma que a missão da universidade passa a ser a de uma instituição de inclusão social. Diante do atual cenário político, econômico

e social brasileiro, é preciso construir uma nova proposta de universidade que seja capaz de atuar como “instrumento de integração social e política” e comprometida na produção crítica do conhecimento.

De acordo com Saldanha (2013) existe a necessidade de mudanças nos compromissos e nas práticas da universidade, de forma mais responsável e comprometida com a sociedade contemporânea, considerando sua complexidade e diversidade com compromisso de garantir acesso e qualificação dos modos de vida para a população acima de tudo.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004a) a universidade deveria responsabilizar-se pela Educação dos novos profissionais, comprometendo-se com o desenvolvimento das políticas públicas e a produção de conhecimento, de acordo com os interesses da sociedade.

No cenário de formação para área da saúde, muitas iniciativas de mudança na formação dos profissionais aconteceram e estão em desenvolvimento, principalmente no sentido de desvinculação com o modelo Flexneriano², onde a escola médica é fundamentada na racionalidade técnico científica, tendo o indivíduo como objeto de investigação, o hospital como único campo de prática, privilegiando o modelo biomédico. Deslocando em importância os conhecimentos com base humanistas, obscurecendo os aspectos sociais e psicológicos do adoecer humano. (PONTES; SILVA JÚNIOR; PINHEIRO, 2006).

A autora segue afirmando que esse modelo de formação influenciou as reformas do ensino das profissões de saúde no Brasil, a partir da década de 40 observa-se como características gerais dos cursos desarticulação entre as disciplinas, separação entre teoria e prática, tendo o hospital como principal e as vezes único campo de estágio.

Um novo paradigma para atenção à saúde foi proposto no ano de 1978 na Conferência Internacional de cuidados Primários à Saúde denominada Alma-Ata realizada no Cazaquistão, tendo como enfoque ações de promoção da saúde e

² O Relatório Flexner, publicado em 1910, formula uma representação da Educação Médica nos EUA e no Canadá, tornando-se um marco histórico nas recomendações de qualidade do ensino, creditação de escolas e avaliação institucional. O documento enfatiza o modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, que marcaram os programas educacionais médicos com uma visão reducionista ao adotar um modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, evidenciado nas propostas de especialização médica. (SILVA JÚNIOR, 1998).

prevenção de doenças por meio de métodos e tecnologias práticas para atuação junto aos indivíduos, família e população com participação local.

No Brasil o processo de discussão para reestruturar o sistema de saúde também iniciou na década de 1970 e culminou com a promulgação, na Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS, esse processo de discussão foi denominado Movimento de Reforma Sanitária. Que apontou a importância da formação e do exercício profissional, como fundamentais para plena implementação de um sistema de saúde universal, composto em rede única, orientado pela integralidade e da atenção e sob controle social. (PONTES; SILVA JÚNIOR; PINHEIRO, 2006).

De acordo com Macedo et al. (2006) o relatório da 9ª Conferência de Saúde (1993) também recomendava a transformação no desenho dos cursos da área da saúde em prol da formação de profissionais com visão integral, com efetiva integração entre as instituições de ensino e sistema de saúde.

No decorrer desse caminho da busca de uma mudança da formação do profissional da saúde outras importantes iniciativas tiveram destaque, como a proposta de Integração Docente Assistencial (IDA), a Política Nacional de Educação Permanente, o Projeto UNI: Uma Nova Iniciativa. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

A IDA caracterizava-se pela aproximação entre instituições de ensino e serviços de saúde, fortalecendo o questionamento sobre formação profissional em saúde baseada no modelo biologicista e buscando adequar-se as necessidades de saúde da população. Promovendo mudanças na formação e nas práticas em saúde, reconhecendo e incluindo a participação popular na discussão desses movimentos de transformação. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

Segundo Saldanha (2013) a IDA serviu de alicerce para uma nova proposta, projeto Uma Nova Iniciativa (UNI): a integração com a comunidade, resultante da interligação das redes IDA com as redes UNI, reunião dos projetos UNI e dos projetos IDA, levou à estruturação da Rede UNIIDA (mais tarde Rede Unida) e possibilitou a formulação de uma teoria sobre a “mudança na educação dos profissionais de saúde”.

Os Seminários Nacionais de Diretrizes para Educação em Enfermagem (SENADEN) constituíram-se em espaços importantes e fundamentais para mudança no ensino, sendo orientadores desse processo. (MACEDO et al., 2006).

Para adequação com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996) e como tentativa de dar respostas as inadequações na formação dos

profissionais de saúde foram aprovadas entre 2001 e 2004 pelo CNE as DCN para área da saúde, CNE/CES nº1133/2001, e a resolução nº3/2001 que institui diretrizes específicas para o ensino de graduação em enfermagem. (BRASIL, 2001a, 2001b). Rompendo com a estrutura de conteúdos disciplinares mínimos sendo o enfoque em habilidades e competências estabelecendo perfil do formando/egresso/profissional. (MACEDO et al., 2006; PONTES; SILVA JÚNIOR; PINHEIRO, 2006).

As diretrizes curriculares na área de saúde tomaram por base diversos documentos, como a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas de Saúde, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996, Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior de 1998, entre outros. A partir desses documentos, foram incorporados às DCN aspectos essenciais e desejáveis, como: o Perfil do Formando Egresso/Profissional; Competências e Habilidades; Conteúdos Curriculares; Estágios e Atividades Complementares; Organização do Curso; Acompanhamento e Avaliação (BRASIL, 2001a, 2001b).

As diretrizes procuram responder as questões de desumanização, conhecimento fragmentado, reduzida eficácia das intervenções, com ênfase em profissional generalista que integre ações de promoção e prevenção à saúde com ações de recuperação e reabilitação e não apenas tratar e prevenir doenças. Preconiza concepção ampla de saúde como processo saúde-doença e não ausência de doença, olhar integral sobre indivíduo com fuga do modelo biomédico. (PONTES; SILVA JÚNIOR; PINHEIRO, 2006). No entanto, na prática, ainda são frágeis as mudanças implementadas nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, ainda fortemente marcados pela ênfase em disciplinas e técnicas, distantes do contexto dos serviços e dos usuários.

Para Saldanha (2013) considerando que as universidades brasileiras têm autonomia para a organização de currículos, programas dos cursos e pesquisas, garantidas pela LDB, as diretrizes curriculares constituem-se apenas em uma indicação, e não em uma garantia de mudança na formação em saúde.

Para alguns cursos, as DCN colocaram indicativo de mudança na formação do profissional de saúde visando a responder aos princípios e diretrizes do sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Espera-se com isso, direcionar a educação dos profissionais de saúde às necessidades da população e aos princípios do sistema de saúde vigente no país, o SUS.

2.2 Os desafios no ensino superior em enfermagem

A educação dos profissionais de saúde é ainda hegemônica com abordagem biologicista, tecnicista, medicalizante e procedimento-centrada. Com ensino baseado em conteúdos de maneira compartimentada e isolada, fragmentando o indivíduo em especialidades e tem o hospital como única oportunidade de aprendizagem. Formação de profissionais preocupados com diagnóstico, tratamento e cuidado baseados em conhecimento da sofisticação dos equipamentos e planejados de acordo com a especialidade dos docentes. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Com a crítica a esse modelo hegemônico de formação, em várias carreiras aconteceram movimentos organizados de docentes e estudantes em busca de melhores caminhos e estratégias para inovação e transformação na orientação e organização dos cursos. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

O contexto nacional de mudança na formação do enfermeiro se dá a partir do rompimento com o paradigma biomédico e com a criação do SUS com o relatório da VIII reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a revisão dos currículos para ajustá-los as realidades sociais-étnico-culturais e o quadro epidemiológico para uma formação geral com visão integral e comprometimento social. (MACEDO et al., 2006).

No fim da década de 80 a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) fica a frente de um processo de discussão em prol de mudança do currículo mínimo de enfermagem promovendo seminários regionais e nacionais sobre o tema. Esse processo resultou em um documento que definiu parâmetros e diretrizes para a formação do enfermeiro culminando com o parecer do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 314/94 que fixou os mínimos do conteúdo e duração do curso de enfermagem com ênfase à formação de enfermeiro com competências técnico-científica e políticas. (MACEDO et al., 2006).

Considerando a educação como um bem social, a ABEN no decorrer da elaboração das DCN durante a década de 90, assumiu a responsabilidade de liderança nessa área, subsidiando as normatizações e, conseqüentemente, as transformações e o aperfeiçoamento do processo de ensino e aprendizagem em enfermagem. Assim, defende diretrizes pedagógicas que impulsionem a emancipação, o desenvolvimento e os avanços na construção de um saber inovador,

voltado para as práticas da integralidade da assistência à saúde e visando ao sujeito na totalidade de suas necessidades. (SOUSA; OLIVEIRA; LEITE, 2012).

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394 de 1996 no seu artigo 43, que trata da Educação Superior, no inciso VI diz que uma de suas finalidades é “[...] estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade”. (BRASIL, 1996).

As profissões da área da saúde mobilizaram-se de maneira expressiva no debate sobre as DCN, aprovadas, em sua maioria entre 2001 e 2002, as DCN dos cursos de graduação em saúde afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

As DCN foram promulgadas por meio da Portaria CES/CNE nº 1.518, em agosto de 2001. Mais tarde, em novembro do mesmo ano, foi publicada a Resolução CES/CNE nº 03/2001 – Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem. A formação em enfermagem, na grande maioria das instituições de ensino superior, já está orientada ao atendimento das indicações das Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em enfermagem. (SILVA, 2010).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004a) a implementação das DCN foram um importante passo para assinalar, como política, a necessidade de produzir mudanças no processo de formação e que fortaleceria o compromisso e responsabilidade entre as instituições de ensino e a consolidação do SUS. Correia (2004 apud MACEDO et al., 2006) corrobora afirmando que os currículos de enfermagem deveriam favorecer as práticas voltadas para as demandas de saúde da população em consonância com os princípios da Lei Orgânica da Saúde.

A definição das DCN corresponderam ao esforço de rompimento com o paradigma biologicista, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e produção das profissões. Com escolas capazes de formar profissionais conectados as necessidades de saúde produzindo conhecimento relevante para a realidade de saúde em suas diferentes áreas. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Está descrito nas DCN para o profissional enfermeiro que a sua formação deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a

integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. (BRASIL, 2001a).

Através do SUS começamos a falar do conceito de integralidade, coletivos organizados, equipes de saúde, rede de cuidados, inaugurando um modo de pensar os processos e atos que garantem a possibilidade de atendimento as necessidades impostas pelo momento. Entretanto, efetivamente isto não leva a produção de uma nova prática no cuidado a saúde. Ao pensarmos uma proposta de ensino em saúde devemos investir na micropolítica³ na qual ampliamos as referências para ler a realidade. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

O ensino da enfermagem enfrenta um desafio de preparar trabalhadores dentro das políticas do setor saúde com inserção técnica-científica, mas acima de tudo criativa, crítica e humanista como ator ativo que constrói lugares sociais e políticos. Frente a essa situação temos por um lado o campo educação onde as instituições de ensino precisam pensar na realidade onde estão inseridas e por outro lado o campo saúde onde se deve permitir maior acolhimento às necessidades da população. (SILVA, 2010).

As rápidas transformações sociais passam a demandar cada vez mais das instituições de ensino superior posicionamentos e respostas às várias indagações e necessidades decorrentes da realidade social. Novos cenários e propostas de ensino se fazem necessário, no sentido de fomentar a formação de profissionais fundamentada em práticas que incorporem a reflexão contextual da realidade, mediada por um processo de ensino-aprendizagem interativo. (SILVA, 2010).

Ceccim e Feuerwerker (2004a) devemos pensar políticas de formação de profissionais de saúde com projetos educativos além da educação para o domínio técnico-científico da profissão, mas estendidos para aspectos de relação e práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam para melhorar a qualidade de saúde da população. Ainda reforçam que a formação deve proporcionar produção de subjetividade, habilidades técnicas, de pensamento e o adequado conhecimento do SUS.

Para concretização do SUS e sua capacidade de impactar suas ações em educação, Ceccim e Feuerwerker (2004a, p. 45) afirmam que “[...] a formação como

³ A palavra “micropolítica”, conforme Guattari e Rolnik, se refere ao modo como (re)produzimos a subjetividade. Para o autor, a micropolítica não se situa no nível da representação, mas no nível da produção de subjetividade.

política do SUS poderia se inscrever como ‘micropotência’ inovadora do pensar a formação, agenciamento de possibilidades de mudança no trabalho e educação dos profissionais de saúde.”

De acordo com March, Fernandes e Pinheiro (2006) existem iniciativas no sentido de formar pessoal capaz de corresponder às necessidades sociais em saúde da população. Cabe as instituições formadoras construir significados e práticas com orientação social, com participação dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. Para isso Ceccim e Feuerwerker (2004a) falam da relevância e necessidade da integração *ensino-serviço-gestão e controle social*. Como principal objetivo dessa aproximação seria de qualificar a formação dos trabalhadores para as reais necessidades de saúde.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a) esse conjunto configura um quadrilátero (ensino, onde estariam docentes e estudantes; gestão, os gestores do SUS; atenção, os trabalhadores e serviços de saúde; e controle social, os usuários, os movimentos sociais e a sociedade), interessando-nos como atores dos processos e das práticas os gestores setoriais e trabalhadores dos serviços de saúde, os usuários, os docentes e os estudantes da área da saúde.

O conceito de quadrilátero da formação: ensino-serviço-gestão-controle social de Ceccim e Feuerwerker (2004a) se faz importante no sentido de pensar uma formação com vigor político para um processo de mudança na realidade. Cada uma de suas faces libera e controla fluxos específicos, interlocutores específicos, configurando espaços-tempos com diferentes motivações.

No componente comunidade propõe-se a noção de relevância e responsabilidade social do ensino, a formação como direito social e formar segundo necessidades sociais por saúde da população e do sistema de saúde. O componente serviço deve aliar práticas de atenção com condução das políticas, gerência do sistema. E a atenção não pode ficar somente nos domínios de habilidades em busca de evidências, deve buscar a produção de sentidos nos atos de cuidar, tratar e acompanhar problemas de saúde, ou melhor, qualidade de vida. O componente ensino deve ser incentivado à construção de inovações ao ensino e de sentido aos serviços de saúde com articulação com movimentos estudantis. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

A imagem do quadrilátero da formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde,

redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Na perspectiva de formação para área da saúde como políticas públicas deveram trabalhar elementos que atendam a diretriz constitucional de integralidade do atendimento de saúde. Nesse sentido o quadrilátero da formação toma a integralidade como orientação das práticas de formação e do cuidado em um sistema de saúde usuário-centrado. (MARCH; FERNANDES; PINHEIRO, 2006).

Para Saippa-Oliveira, Koifman e Pinheiro (2006) estabelecer uma relação mais estreita entre os conteúdos trabalhados no currículo com as necessidades dos estudantes e a compreensão da realidade, com ênfase em métodos ativos de ensino aprendizagem contribuem para construção de conhecimento na formação em saúde e mudanças de prática na direção da integralidade. Organizar currículos com conteúdos voltados para realidade social com base na integralidade são alternativas para ajudar a transformar processos de trabalho.

Nesse contexto que a integralidade se apresenta como orientadora do ensino em saúde, com práticas voltadas para o cotidiano dos serviços, para os processos de trabalho, revelando o perfil profissional desejado, não devemos apenas formar bons ou excelentes técnicos, mas trabalhadores para o SUS tocados pelo direito a saúde. (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2006).

Transformação das práticas profissionais, problematização do processo de trabalho e a capacidade de dar cuidado as dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e da população devem ser um dos objetivos da formação para área da saúde. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b). Afirmam ainda que para transformação da prática do SUS para formação, colocam como determinantes o perfil de formação dos profissionais de saúde, as capacidade de trabalho em equipe e de oferecer atenção integral como as diretrizes constitucionais do SUS.

2.3 A integralidade do cuidado

A Constituição Nacional firmou que as ações e os serviços de saúde, ao se constituírem por um sistema único, integram uma rede que deve ser organizada sob três diretrizes: Descentralização da gestão, participação popular e o atendimento integral. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a). A integralidade é talvez o mais difícil de

definir e, no entanto, aquele sobre o qual repousam os maiores desafios para a efetiva consolidação do SUS. (AYRES, 2011).

O conceito do termo Integralidade muitas vezes está vinculado e tenha relação com a principal diretriz do SUS, que é a de manter “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. (BRASIL, 1988, art. 198, parágrafo II).

Enfatizamos, porém, que essa palavra não corresponde apenas à diretriz do SUS. Ela é uma bandeira de luta do movimento de reforma sanitária, uma “imagem objetivo” repleta de valores que devem ser defendidos, um enunciado de certas características desse sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (MATTOS, 2001).

Mattos (2004) diz que um dos sentidos de integralidade é a não aceitação de uma política voltada para oferta de serviços assistenciais descompromissada com as consequências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população e que apenas com assistência não seria possível reduzir a magnitude da maioria das doenças.

Para Mattos (2009) existem três grandes conjuntos de sentidos de integralidade, o primeiro se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS. O segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços de saúde, tendo integralidade como princípio de organização contínua do processo de trabalho e o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde, através das políticas de saúde.

Em relação aos trabalhadores da saúde vamos encontrar na Constituição Nacional que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Esses dois setores, saúde e educação devem ocupar-se da função de regulação de Estado no tocante a formação, cabendo as instituições formadoras prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS, e ao setor saúde contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e as práticas sociais em saúde, tendo como princípio norteador para formação, a integralidade da atenção. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Ceccim e Feuerwerker (2004b) referem que a formação não pode tomar, como referência, apenas a busca eficiente do diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças. Deve buscar desenvolver condições de

atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influenciar na formulação de políticas de saúde, precisamos adotar um modelo de atenção que seja usuário-centrado.

Na perspectiva da Integralidade não devemos reduzir o sujeito à doença, o que caracteriza a integralidade é a apreensão ampliada das necessidades de ações de saúde adequadas ao contexto específico da situação em que se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. (MATTOS, 2004). É nesse encontro de sujeitos portadores de necessidades, desejos, conhecimentos e imaginário que ocorre o processo de trabalho em saúde. (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2006).

As necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo, a procura de um vínculo afetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível capaz de melhorar e prolongar sua vida. Assim, a integralidade da atenção, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde, seja do hospital ou saúde coletiva, de traduzir e atender tais necessidades da melhor forma possível e principalmente tendo que ser captadas em sua expressão individual. (CECÍLIO, 2009).

A construção da integralidade inclui rede de serviços, práticas cuidadoras, propostas de gestão, exercício da participação e controle social e as propostas de formação e educação permanente em saúde. (CECCIM, 2005a).

Nessa perspectiva de formação, objetiva-se que o profissional tenha a clínica como um dos instrumentos de ação que deve ser associado aos fatores políticos, econômicos, sociais, espirituais e culturais que condicionam as ações em saúde. Todas as profissões da área da saúde possuem uma parcela importante de conhecimento a ser compartilhada com os demais membros da equipe para atingir a integralidade da atenção preconizada pelo SUS. (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008).

A adoção da integralidade como eixo da organização das práticas pedagógicas compreende relação de conteúdo que incluem diferentes atores, de forma participativa e campos de conhecimento como saúde coletiva, com a devida contextualização e suas implicações para consolidação de modos tecnoassistenciais e co-produção de projetos terapêuticos. A diversificação dos cenários de aprendizagem deve caminhar pela lógica da construção de conhecimento, mediante interação prática social e amplo contato com a realidade. (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

Cecílio (2009) afirma que a formação que promove a construção da integralidade do cuidado relacionada à apreensão das necessidades dos sujeitos é capaz de impactar na organização dos serviços de saúde.

Feuerwerker (2002) destaca que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários. Essa compreensão coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental e uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, formar profissionais competentes para o atendimento de toda e qualquer necessidade dos usuários, mesmo as não percebidas. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ceccim (2005b) sustenta que não é tarefa fácil atingir a integralidade e que uma determinada profissão isolada não daria conta das demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Existem propostas e ações sendo realizadas, uma delas é a Residência Integrada em Saúde (RIS) que é uma modalidade de ensino em serviço que contribui para construção de novos saberes e fazeres que permitam uma atenção mais humanizada e integral à saúde da população por meio de trabalho interdisciplinar imbuído pelos princípios do SUS, busca a integração de diferentes áreas de conhecimento, objetivando a construção de projetos assistenciais coletivos que visem à integralidade de atenção em saúde (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008). A RIS busca estabelecer integração entre trabalho e educação, entre as diferentes áreas de conhecimento, entre as diferentes profissões, entre ensino, serviço e gestão, preparando o aluno para ação transformadora no cotidiano do trabalho e na sociedade. (CECCIM; FERLA, 2003).

Para Barros (2006) a multiprofissionalidade no cuidado em saúde é uma das vias perseguidas para a efetiva prática da integralidade. Além do contato multiprofissional, é necessária a prática da interdisciplinaridade no cuidado em saúde, pois a “integralidade da atenção é, também, resultante do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”. (CECCIM; FERLA, 2003, p. 223).

Consideramos a necessidade de incorporação, nos novos modos de pensar currículos de formação para área da saúde, nos diversos cenários de integração ensino-serviço fortalecer a relação das diferentes profissões, nos diferentes espaços. Felipe et al. (2008) corroboram de que o processo de formação precisa considerar o

encontro dos estudantes das diversas profissões da saúde, especialmente no mundo do trabalho, para produção de um cuidado integral e integrado que considere a complexidade da vida, dos processos de saúde-doença e da atenção ao usuário.

Transparece a dificuldade que os profissionais têm de compartilhar seus conhecimentos, associada ao compromisso ético, político e técnico do trabalho em saúde cuja formação vai implicar aprendizado técnico relacionado ao lidar com pessoas, suas subjetividades e às várias lógicas da saúde. Essa dificuldade de integração entre os diversos atores, em diferentes momentos do trabalho em saúde é identificada como espaço de luta. É preciso entender a interdisciplinaridade e a integralidade como singulares, com limites e potência para transformação. (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008). Seguem afirmando que a interdisciplinaridade não está dada, devendo ser construída no cotidiano do trabalho em saúde e nos cursos de formação profissional.

Para Henriques (2005) não deve existir a necessidade de uma ação profissional sobrepondo a outra, são todas igualmente importantes para o usuário, na capacidade de atendê-lo de forma abrangente, na sua singularidade e que resulte algo bom na perspectiva do seu desejo e expectativa.

Embora a integralidade não esteja no formato esperado, acreditamos que ela está presente nas relações humanas, pois permeia o cuidado, algo que é intrínseco ao ser humano, um modo de “ser-no-mundo” que funda as relações e que trata da forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Ressalta-se, portanto, a importância de incluir também o usuário como protagonista desse processo, estabelecendo uma relação entre sujeitos-trabalhador-usuário para a produção do cuidado integral. (PENNA; BRITO; HEMMI, 2008). Apontam como dificuldade para construção da integralidade o momento de internação hospitalar quando o usuário perde sua identidade e passa a ser objetado com atendimento fragmentado, centrado no cuidado médico.

Faz-se necessário pensar que a integralidade deve ser apreendida no micro e macroespaços. Pensar as práticas assistenciais significa reconhecer que um setor ou serviço por si só não trabalha sozinho, isto é, ele faz parte de uma trama de setores ou serviços que deveriam se interagir em busca de práticas integrais de cuidado. (PENNA; BRITO; HEMMI, 2008).

Nesse sentido, é preciso recriar formas de atendimento a esse usuário, que deve ser reconhecido como sujeito e afirmam que para a construção da integralidade

é necessário reconhecer o outro, pois a real prática integral só acontece no trabalho em equipe, com momentos de articulação de suas ações e interação entre eles, revelando uma tendência em superar a fragmentação. Ou seja, os trabalhadores da saúde reconhecem a necessidade e complementaridade do trabalho do outro.

De acordo com Cecílio (2009) é possível adotar a ideia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível, dimensão do trabalho interdisciplinar, onde ele chama de “integralidade focalizada”, na medida em seria trabalhada no espaço bem delimitado de um serviço de saúde e a necessidade de pensar a integralidade na dimensão do “macro”, a integralidade que se realiza numa rede de serviços de saúde.

A integralidade em saúde, enquanto atenção ao conjunto das necessidades, é por si só um chamamento ao trabalho integrado em rede. Uma rede de saúde tem como imagem objetivo sustentar e apoiar as atividades das equipes, permitir a comunicação fácil e fluida entre profissionais e distintos serviços, que por sua vez, devem apoiar e sustentar os pacientes nas trajetórias terapêuticas, estabelecendo relações comunicativas com usuários, familiares e redes sociais de suporte. E quanto mais conhecer e se aproximar das necessidades das pessoas e do seu território, mais adequado será o enfrentamento dos problemas. (SANTIAGO; ANDRADE, 2008).

Para os mesmos autores as redes de saúde se organizam e funcionam de forma horizontal, sem hierarquias entre os serviços, sendo dispositivos de atenção integral que pressupõem resolução dos problemas de saúde com toda tecnologia disponível e necessária a cada caso.

Cecílio (2009) corrobora afirmando que é necessário pensar o sistema de saúde menos como “pirâmide” de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção das representações e necessidades individuais são muito importantes. E que a integralidade não poderá ser bem-sucedida no espaço singular dos serviços ela é tarefa para um esforço intersetorial.

O Ministério da Saúde define Rede de Atenção a Saúde (RAS) como: “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010).

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim,

nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. (MENDES, 2011).

A integralidade não contém uma verdade da atenção, gestão, participação e formação, ela somente cumpre em práticas eficazes de cuidado, isto é, quando usuários e populações se sentem cuidados pelos profissionais e pelo sistema de saúde que dispõe. (PINHEIRO; CECCIM, 2006). Para conseguirmos alcançar a integralidade na realidade seriam necessárias mudanças na organização dos serviços e na própria formação e deve ser tomada, como ideal regulador, impossível de ser plenamente atingida, mas uma busca de aproximação constante entre as práticas de saúde e ensino da saúde. (CAMARGO JÚNIOR, 2003).

Os compromissos com o eixo da integralidade na mudança da graduação em saúde virão dos vários atores que com ela se comprometerem, principalmente aqueles que estão nas interfaces da formação: docentes, dirigentes de ensino, estudantes, gestores de educação e gestores do SUS. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Acredito que formar profissionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, comprometidos com o SUS, com capacidade de transformação da realidade, e sendo, a integralidade da atenção como o fio condutor da formação com coerência com as diretrizes constitucionais da saúde é como olhar para o horizonte, não significa que não iremos chegar, somente nos indica que para chegarmos até lá, não podemos parar de caminhar. Esse é o desafio dos diversos setores envolvidos no processo de formação em saúde e deve ser levado em consideração no momento do planejamento de novos modos de formar profissionais.

3 METODOLOGIA

Conforme Minayo (2013) metodologia pode ser entendida como discussão epistemológica do caminho do pensamento a partir da temática investigativa e dos objetivos, apresentação e justificativa dos métodos, técnicas e instrumentos utilizados na busca das indagações que compõem a pesquisa.

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa com utilização de grupo focal (GF). Neste tipo de abordagem o próprio ambiente e sujeitos que vivenciam o fenômeno, constituem-se como fonte viva de dados. Para tanto, utiliza-se uma combinação de técnicas de coleta e de análises qualitativa de dados que se constitui em recursos importantes para se alcançar o objetivo proposto. (MINAYO, 2013).

A pesquisa descritiva exploratória busca explorar as dimensões do 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 (TOMASI; YAMAMOTO, 1999).

3.1 Local do estudo

O estudo foi realizado na Fundação Educacional Machado de Assis (FEMA) que está localizada no município de Santa Rosa, na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul (RS). Foi criada em 21 de abril de 1949 e em 27 de abril de 2001, através da Portaria do Ministério da Educação (MEC) nº 833 publicada no Diário Oficial da União de 02/05/2001, a partir desta data foram credenciadas as Faculdades Integradas Machado de Assis, integrando e absorvendo as Faculdades e Cursos existentes até então. Santa Rosa pertence a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do RS que abrange vinte e dois municípios e uma população de 233.014 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2013) habitantes, será também o principal território do curso de Enfermagem da FEMA.

As Faculdades Integradas Machado de Assis, mantidas pela FEMA, oferecem cursos em três unidades. A Unidade I situada no mesmo endereço da mantenedora, além da Unidade II, situada na Rua Santa Rosa, 536 – Centro, e a Unidade III situada na Rua Santa Rosa, 902 – Centro, no mesmo município.

A FEMA, como uma das Mantenedoras de Instituições de Ensino Superior da Região Noroeste do Estado do RS, visa atender as crescentes demandas da comunidade na qual está inserida e oferecer formação e qualificação de Recursos Humanos e desenvolvimento de organizações públicas e privadas, com Ensino, Pesquisa e Extensão responsável e de qualidade superior.

A FEMA possui mais duas outras instituições mantidas, que são a Escola Técnica Machado de Assis e a Rádio FEMA Educativa.

A Escola Técnica abrange desde a Educação Infantil, Ensino Fundamental, Médio e Cursos de Técnicos: Técnico em Segurança do Trabalho, Técnico em Informática, Técnico em Enfermagem, Técnico em Transações Imobiliárias, Técnico em Farmácia e Técnico em Comércio.

A Rádio FEMA Educativa, FM 106,3, está no ar 24h por dia desde o ano de 2003, oferecendo música, cultura e informação.

Em sua missão educadora, a Instituição visa promover a cultura integral para formar pessoas que se destaquem por seus conhecimentos técnicos, científicos e humanísticos, por seu compromisso na construção de uma sociedade justa e participativa

3.2 Participantes

A composição dos participantes do estudo foi baseada e teve como dispositivo o Quadrilátero da Formação: ensino-serviço-gestão-controle social proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004a), definida por critérios de escolha intencional do pesquisador. De acordo com Barbour (2009) a amostragem deve refletir diversidade dentro do grupo que serão relevantes em termos de proporcionar diferentes percepções ou experiências.

Deste modo os participantes do estudo foram atores com interface com a instituição em estudo e que atuam ou atuaram em uma das 4 faces do quadrilátero da formação: gestão, formação, atenção e controle social. Sendo que foram escolhidos pelo menos dois participantes de cada uma das faces do quadrilátero.

Assim os participantes do estudo foram: 2 enfermeiros docentes, 2 enfermeiros assistenciais, 2 gestores da dos locais de campo de prática (hospital e rede básica) e 2 representantes dos usuários.

Critérios de exclusão: foram excluídos da pesquisa participantes que não possuíam algum tipo de vínculo com a instituição em estudo.

Como critério de escolha para inclusão na pesquisa os participantes deveriam ser: docentes, enfermeiros que supervisionam atividades práticas, gestores da instituição de ensino ou dos serviços de saúde onde a instituição de ensino desenvolve atividades práticas e serem usuários dos serviços de saúde onde a instituição de ensino desenvolve suas atividades práticas.

3.3 Coleta de dados

Como técnica para entrevista foi utilizado o GF, que para Minayo (2013) se constitui num tipo de conversa em grupos pequenos e homogêneos, mediante roteiro e sob coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um. Desta forma o pesquisador constrói uma série de possibilidades de informações que lhe permitem triangular olhares e obter mais informações sobre a realidade. Para Dias (2000), o objetivo central do GF é identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade.

O GF permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados e opiniões diferentes e divergentes, com ideias novas e originais. (GATTI, 2005). Afirma ainda que a seleção dos participantes deve seguir alguns critérios, os mesmos devem possuir características em comum, que os qualificam para a discussão da questão e que será o foco do trabalho interativo e da coleta do material discursivo/expressivo e que os participantes devem ter alguma vivência com o tema a ser discutido que possa trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas.

Foram realizados 3 encontros de GF com duração mínima de 1h30 minutos e máxima de 2 horas, o ambiente do encontro foi local com privacidade, sendo na sala de reuniões de uma instituição de ensino superior, com agendamento prévio sem comprometer as atividades de trabalho. O local deve proporcionar conforto aos participantes para que a interlocução seja direta e face a face (GATTI, 2005).

Para o desenvolvimento das atividades do GF foi seguido um roteiro com ideias disparadoras para subsidiar o debate de acordo com os objetivos do estudo (Apendice C).

O registro das interações e observações foi realizado pelo moderador (pesquisador) e também contou com a presença de um anotador assistente, que colabora para o desenvolvimento da sessão, controlando o tempo, monitorando equipamentos e registrando as informações que contribuirão com o desenvolvimento da pesquisa. De acordo com Gatti (2005) e Barbour (2009) não se consegue registrar tudo, por isso dois anotadores serão úteis para complementar as anotações. Também será utilizado dois gravadores em áudio que serão dispostos adequadamente na mesa para cobrir o máximo as participações dos integrantes do grupo.

Como mecanismo para estímulo e desenvolvimento dos encontros do GF utilizamos um guia de tópicos ou roteiro com questões abertas pré estabelecidas e também materiais referente aos objetivos da pesquisa para leitura prévia dos participantes. O moderador irá conduzir todas as etapas do desenvolvimento e manter-se neutro na discussão sem emitir opinião definitiva sobre o assunto, procurando manter o foco da discussão em torno dos objetivos e o interesse no que as pessoas pensam e porque pensam o que pensam. (GATTI, 2005).

3.4 Análise dos dados

A tarefa de análise implica em organizar, relacionar todo material coletado, procurando identificar nele tendências e padrões relevantes e depois reavaliá-los, buscando relações e interferências num nível de abstração mais elevado. (LUDKE; ANDRÉ, 2007).

Para tratamento dos dados foi utilizado a técnica de análise de conteúdo que de acordo com Minayo (2013) é entendida como meio de expressão do sujeito no qual o pesquisador visa categorizar as palavras ou frases que aparecem com mais frequência no texto e, após, infere uma expressão que possa representá-los de forma adequada.

A análise é um processo de elaboração, de procura de caminhos, em meio ao volume das informações levantadas, sendo necessário organizar o material colhido, compatibilizar as anotações dos anotadores e transcrever o material das gravações. (GATTI, 2005). Implica em um conjunto de procedimentos que visam organizar os dados de modo que eles revelem, com a máxima objetividade e isenção possível como o grupo em questão percebe o foco do estudo em pauta. (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

3.5 Aspectos éticos

Para realização da pesquisa foi solicitada a autorização do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unisinos, o mesmo foi aprovado no mês de julho de 2015 pelo CEP com com Parcer nº 15/102, sendo os procedimentos de coleta de dados iniciados somente após sua aprovação.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, estão baseados na Resolução 466/2012 do CNS do Ministério da Saúde, que estabelece os parâmetros éticos para realização de pesquisas com seres humanos. (BRASIL, 2012).

Todos os participantes da pesquisa receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apendice A), informando a natureza do estudo e garantia de anonimato.

3.6 Constituição das sessões e composição do grupo focal

O processo de seleção dos participantes do grupo seguiu o estabelecido no item 3.2 do estudo, sendo que todos os oito convidados a participarem da pesquisa aceitaram. Os mesmos tem participação efetiva com as quatro faces do quadrilátero e conhecem a realidade onde estão inseridos, visando, com isso, ao sucesso na realização da coleta de dados.

Como características dos sujeitos do GF tivemos: quatro mulheres e quatro homens. Com média de idade de 41 anos. O tempo médio de atuação dos participantes na área da saúde é de 17 anos. Desses participantes sete possuem ensino superior completo. Todos participantes residem na 14ª região de saúde do Rio Grande do Sul.

A decisão por esse número de participantes foi para que cada face do quadrilátero fosse representada por dois sujeitos, de preferência um que atuasse na área hospitalar e outro na área de saúde coletiva e os usuários que circulassem em todas as áreas. Também se deu, devido à possibilidade de ausências, o que de fato ocorreu, para que nos encontros nenhuma face do quadrilátero ficasse sem representante nos debates, dessa forma todos os encontros tiveram pelo menos a presença de um representante de cada face do quadrilátero. Sendo que a frequência

média por sessão foi de seis participantes. Os participantes foram nomeados por Participante nº 1 (P1), participante nº 2 (P2) e assim sucessivamente.

Participante	Face do quadrilátero
1	Representante do Ensino
2	Representante do Serviço
3	Representante do Serviço
4	Representante do Ensino
5	Representante do Controle Social
6	Representante da Gestão
7	Representante da Gestão
8	Representante do Controle Social

Fonte: elaborado pelo autor (2016).

Além dos convidados, fez parte do grupo o pesquisador, que exerceu o papel de coordenador/moderador, e uma enfermeira, na função de observadora/annotadora assistente, além do churrasqueiro no último encontro.

Na preparação do guia de tópicos, procurou-se relacionar aos objetivos da pesquisa, assim, o roteiro foi de grande valia, pois auxiliou na moderação dos debates, ajudando a evitar desvios na discussão e norteando os componentes do GF para uma efetiva produtividade.

O planejamento das sessões foi elaborado conforme o guia de temas. Optou-se pela modalidade não diretiva para coordenar o grupo, pois, de acordo com Gatti (2005), há duas modalidades de coordenação: a diretiva e a não-diretiva. Essa escolha deu-se pelo fato de ser essa a modalidade mais utilizada e na qual consta uma lista de perguntas abertas que favorecem o posicionamento dos participantes do grupo e reduzem a influência do coordenador/moderador sobre eles.

Foram realizados três encontros, sendo que, a primeira sessão foi agendada por email, estabelecendo como local a sala de reuniões da unidade I da FEMA no dia oito de setembro às 19h30min. Nesse primeiro encontro compareceram todos os oito participantes convidados. No primeiro momento houve apresentação do pesquisador, da anotadora assistente e dos participantes, apresentação do projeto e dos seus objetivos e uma breve explicação sobre a técnica de GF. Estabelecemos os acordos para dinâmica das discussões no GF, e a necessidade de realizarmos três encontros de no mínimo 1h30 e no máximo 2h. Entrega do termo de consentimento livre e esclarecido, explicação sobre os aspectos éticos e a gravação em áudio. A discussão

objetivou identificar os elementos políticos, educacionais e sociais que subsidiem a construção do perfil do egresso para um curso de graduação em enfermagem. Teve como elemento disparador o filme Integralidade⁴ que encontra-se disponível no youtube e a partir do filme pautamos a discussão em quem queremos formar e quais os principais problemas que afastam a equipe da integralidade da atenção. Foi realizada uma síntese da sessão e fizemos encerramento com encaminhamento e agendamento do próximo encontro.

O segundo encontro também foi realizado na sala de reuniões da unidade I da FEMA no dia primeiro de outubro às 16h30min, compareceram para essa sessão cinco participantes, os faltantes foram: um representante dos usuários, um da gestão e um do serviço. O alvo da segunda sessão foi conhecer os espaços de integração ensino-serviço da região do grande Santa Rosa com vistas a implementação de um curso de enfermagem. Como mecanismo disparador da sessão foi utilizado a síntese do encontro anterior e a projeção das DCN para leitura em conjunto e após foi lançado uma pergunta: Como integramos as atividades entre Instituições de Ensino Superior e os serviços de saúde para atender as DCN? Foi realizado uma síntese do encontro e agendamento da próxima sessão.

A terceira sessão, optou-se em conjunto por realizar na casa do pesquisador, onde foi realizado um churrasco de confraternização como forma de agradecimento pela participação e construção coletiva do estudo. O encontro ocorreu no dia treze de outubro e teve início às 11h30min. Contou com a participação de sete sujeitos da pesquisa, havendo uma falta, de um dos representantes da gestão. A sessão iniciou com a síntese do encontro anterior e para subsidiar o debate sobre quem queremos formar para atender as necessidades de saúde da região e quais seriam os marcadores pedagógicos para um novo curso de enfermagem, apresentamos uma amostra da possível matriz curricular e a discussão foi baseada em cima dessa matriz e se ela daria conta de atender essas necessidades. Após foi realizado uma síntese do encontro e um agradecimento a todos.

Todos encontros contaram com coffee break e nenhum deles ultrapassou os tempos limites mínimos ou máximo estabelecidos para cada sessão.

⁴ Disponível no link <https://www.youtube.com/watch?v=72qjpRHbv9s> elaborado pelo Laboratório de Artes e Ciências da Universidade Federal do Piauí.

4 DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Conforme exposto, os dados do estudo foram obtidos por meio da técnica do GF, desenvolvida em três sessões, no período de setembro e outubro de 2015. Cada sessão continha um objetivo, o qual buscava o entendimento dos sujeitos sobre o estudo pretendido, como descrito no guia de temas, ao final de cada sessão realizou-se uma síntese dos conteúdos discutidos.

Para desencadeamento do processo de análise de conteúdo, foram utilizadas as etapas de pré-análise, que consistiu em organizar e selecionar o material a ser analisado, que foi primeiramente transcrito toda gravação em áudio, bem como as anotações do coordenador e anotador assistente. Após foi realizado estudo aprofundado do material, separando as falas dos participantes de acordo com os objetivos propostos pelo estudo contextualizando com referencial teórico e a escolha dos temas. Essa etapa é considerada como ponto de partida e ponto de chegada da compreensão e da interpretação. Esse movimento circular abrange o diálogo entre o material empírico e o referencial teórico, respondendo às questões norteadoras e aos objetivos. (MINAYO, 2013).

Após exaustivas e sucessivas aproximações com todo o conteúdo transcrito do grupo focal emergiram quatro categorias. Para fins de apresentação, as estruturas de relevância foram agrupadas em quatro categorias afetas à formação, no que chamamos de **Marcadores Pedagógicos**, quais sejam:

Quadro 1 - Apresentação dos marcadores pedagógicos

Qtde	Marcadores Pedagógicos
1	Compromisso com o SUS
2	Integralidade da atenção à saúde
3	Responsabilização nos processos de cuidado em saúde
4	Gerenciamento e liderança

Fonte: elaborado pelo autor (2016).

4.1 Compromisso com o SUS

O primeiro marcador que surge é pensar a formação do enfermeiro na perspectiva de que as instituições de ensino superior formam profissionais de saúde comprometidos com SUS, pois formar profissionais implicados com o SUS, significa de certa maneira, formar para a integralidade do cuidado de acordo com as necessidades de saúde da população com potencial de produção de mudança da realidade de saúde onde estão inseridos, além disso este é uma determinação da política de educação a partir das DCN.

Para Chirelli, Argerton e Rodriguez (2008) um dos desafios que a enfermagem precisa enfrentar diz respeito a elaboração de projetos que tenham potência para formar profissionais efetivamente comprometidos com a sociedade com seus problemas de saúde, numa perspectiva que articule o mundo do ensino ao mundo do trabalho e da realidade social, visto que temos um sistema de saúde proposto na Constituição Federal que atue sob perspectiva da integralidade à atenção.

Devemos colocar o SUS como interlocutor das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos pedagógicos de formação profissional e não apenas como mero campo de estágio ou aprendizagem prática. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

O SUS determina por um modelo de atenção a saúde que propõe a adoção de um conceito ampliado de saúde, que foge do modelo médico-centrado com formação hospitalocêntrica, cuidado fragmentado e baseado em especialidades. A aposta é por um ensino que coloque o estudante da saúde em contato com toda a rede de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade e que ele possa aprender desde a formação sobre o trabalho em equipe de saúde. (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008).

A saúde entendida como um *Direito de todos e um Dever do Estado* indica como atribuição do SUS o ordenamento da formação para a área, devendo estar em consonância com as diretrizes da política de saúde: o atendimento integral, a descentralização da gestão e a participação popular. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Neste sentido, ao propormos um projeto de ensino da saúde é preciso ter muita clareza das políticas reguladoras para que efetivamente se pense um projeto de ensino que esteja comprometido com as políticas de saúde e mais ainda que esteja adequado às necessidades de saúde da população. Este marcador indica para esta

direção e os dados apontaram de que ainda é preciso avançar neste sentido, de formar para o SUS.

Quando nos deparamos com as DCN para os cursos de graduação e em particular as DCN para o ensino em enfermagem, observamos a indicação para uma formação que garanta a integralidade do cuidado com ênfase no SUS em atendimento às necessidades sociais de saúde. (BRASIL, 2001a, 2001b).

Ceccim e Feuerwerker (2004b) indicam que é preciso ter escolas comprometidas com a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde em suas diferentes áreas.

Na área do ensino as DCN foram um importante passo para assinalar a necessidade de produzir mudanças no processo de formação, já que indicam um caminho, flexibilizam as regras para organização de currículos e favorecem a construção de maiores compromissos da universidade com o SUS. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Para propor o perfil profissional desejado a ser formado, temos como referencial as DCN, as diretrizes e princípios do SUS, isso precisa estar implícito nos projetos pedagógicos, na orientação dos currículos e das práticas de ensino e a relação estabelecida pela instituição de ensino com o sistema de saúde local e regional. Essa articulação entre educação e trabalho deve conhecer o conceito, as diretrizes e os objetivos do SUS, tal como constam na Constituição Federal e na legislação das políticas de saúde. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

As considerações acima estão contempladas na fala do Participante 4 do GF, na medida em que o debate avança na responsabilidade que uma instituição de ensino acadêmico tem na consolidação das políticas de saúde:

[...] uma das coisas que eu acho que também é bem presente é em que contexto as coisas acontecem, né? Então assim, pensando um pouco, é o desafio de pensar diretrizes curriculares, cursos na área da saúde que tragam o contexto das políticas de saúde atuais.
(P4)

A mobilização do setor da saúde para a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS, mas também correspondeu ao esforço de romper com o paradigma biologicista e medicalizante,

hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios na produção de conhecimento e na produção das profissões. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Se queremos uma mudança no processo de formação para formar profissionais envolvidos com o sistema de saúde vigente precisamos romper com o modelo hegemônico do ensino tradicional e é necessário construir uma visão ampliada da saúde, com compreensão do processo saúde-doença, para desenvolvermos novos modos de práticas de saúde para atuar no contexto social.

Este contexto está evidenciado nas falas abaixo:

[...] a importância de fazer uma interface entre as políticas públicas enquanto um todo. Porque como é que tu vai tratar determinado setor, quanto tu não conhece a realidade? Então a importância dessa relação entre as áreas e as políticas.
(P6)

[...] estamos falando do egresso que ele vai atender as necessidades do sistema único de saúde ou das políticas públicas, será formado para o SUS
(P7)

Expressões como “será formado para o SUS”, “fazer uma interace entre as políticas”, revelam que é necessário colocar o aluno o mais próximo possível da realidade e contextualizar a prática com as políticas públicas de saúde existentes no Brasil, ter uma ideia ampliada daquilo que cerca os problemas sociais da população aonde ele estará inserido.

Existem iniciativas que surgiram no Brasil, a partir de 2003, que marcam a educação na saúde pela interface com o SUS, como os Pólos de Educação Permanente em Saude para o SUS, as vivências para estudantes de graduação na realidade do SUS (VER-SUS), o SUS e os cursos de graduação na área da saúde (Aprender SUS) e a pesquisa sobre integralidade em saúde (Ensina SUS). (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Voltamos novamente a citar o quadrilátero da formação proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004a) na importância de articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social, contribuindo para intermédio entre práticas de saúde e ensino, ordenando a formação de acordo com as necessidades de saúde da população e com conhecimento adequado do sistema de saúde vigente, SUS, a partir do entendimento e diálogo entre as quatro faces do quadrilátero.

Os dados indicam que os profissionais reconhecem a necessidade pensarmos a formação em diferentes áreas do SUS:

Assim quem atende por área SUS, tanto instituições hospitalares como atenção básica, a gente não teria como obrigação contribuir na formação de novos profissionais nas diferentes áreas?
(P1)

O participante 4 demonstra entendimento da lei e coloca:

O próprio SUS diz isso, que nós somos responsáveis pela formação dos recursos humanos dentro do contexto da saúde.
(P4)

E segue afirmando

[...] que na medida que a gente aproxima, fortalece, a gente vai agregando outras pessoas que também possam desenvolver um pouco mais e também entender melhor esse compromisso ético com o envolvimento com a formação.
(P4)

Especificamente em relação aos trabalhadores da área da saúde, vamos encontrar na Constituição Federal de 1988 que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. A Lei Orgânica Saúde 8080/90 no capítulo relativo aos recursos humanos indica que a política de formação para os trabalhadores da área deve cumprir o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento. Essa tarefa constitui ainda um desafio devido distanciamento entre ensino e sistema público de saúde. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Os profissionais do serviço devem sentir-se co-responsáveis pela formação dos futuros profissionais, assim como os docentes devem considerar-se parte dos serviços de saúde. (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Fazer essa aproximação entre a teoria, das leis, políticas e instituições pertencentes ao SUS, para dentro da sala de aula é um fator dificultador para o processo de ensino, para fugir da memorização do conteúdo é necessário articular a teoria com vivência prática, problematizar as realidades, conhecer os serviços e desenvolver o aprender a aprender.

O participante 2 coloca essa preocupação em sua fala:

[...] vamos discutir políticas, conselhos, SIS, sei lá... to aqui pensando temas, mas de alguma forma que essas pessoas consigam aproximar o que existe. O conselho tá aqui pertinho. As pessoas possam fazer uma vivência, fazer um trabalho, uma pesquisa. Uma pesquisa quando criou o conselho, ou outro vai lá e presencia uma reunião do conselho, fazer um relatório e faz uma roda de discussão. Com certeza essas pessoas vão sair diferente das pessoas que ficaram 2 noites lendo lei 8142. Então acho isso que falta, uma coisa é tu ter um SUS muito distante, a gente fica muito distante, nós tivemos situações de ter enfermeiros que não conheciam, não sabiam ou que nunca trabalharam com agentes de saúde, passaram 4 anos numa graduação e não tiveram experiências assim, ou que não saiam organizar um trabalho quando chegaram na residência.
(P2)

Para Corbellini et al. (2010) a diversidade dos cenários de práticas e ênfase no SUS, constituem um desafio permanente de articulação do processo de construção do conhecimento conceitual e a matriz curricular, referendados nas DCN dos cursos de graduação para área da saúde.

Araújo, Miranda e Brasil (2007) corroboram que as vivências práticas, possibilitadas pela interação entre os mundos do ensino e do trabalho com estudantes de graduação inseridos na rede de atenção e que conhecem o SUS e suas políticas de saúde, frequentemente adquirem uma postura na sua atuação de compromisso diante das necessidades do SUS, sendo importante pra efetivação de propostas de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A organização da educação é uma das dimensões da formação em saúde e não pode estar dissoaciada das demais. A acessibilidade das pessoas às ações e serviços de saúde, a qualidade do acolhimento, a responsabilidade com que as equipes estabelecem o assistir ou se referem às populações usuárias e os procedimentos pedagógicos adotados para ampliar a autodeterminação das pessoas no cuidar de si e construir ativamente sentidos à sua saúde devem ser matéria de debate durante a formação profissional. (CECCIM; CARVALHO, 2005).

O crescimento das especializações não garante a satisfação da população no concerne ao atendimento, aos serviços e à própria realção com os profissionais de saúde e um dos fatores predisponentes a esta postura é justamente a fragilidade do ensino sobre o SUS na formação básica e a ausência dos termos da integralidade como critério para estipular as práticas. (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Já falamos sobre a constatação da necessidade de mudança no que se refere a formação dos profissionais de saúde, devemos trazer questões dos sentidos, dos valores, dos significados das relações, promover um aluno que seja crítico e reflexivo das necessidades de saúde da população e que tenha o usuário como foco central. Os pontos levantados pelas DCN apontam para uma mudança na educação em direção às práticas cuidadoras, ao trabalho em conjunto com profissionais da equipe de saúde a ao máximo compromisso com o SUS. Isso significa rever o conceito de saúde, conhecer a realidade local com a qual vai interagir e inventar a aproximação entre as profissões e dessas com o SUS, no intuito de ampliar capacidades de percepção e intervenção sobre a saúde. (CECCIM; CARVALHO, 2005).

A formação de profissionais para a saúde, e, em especial, a formação de enfermeiros, devem ocorrer em sintonia com as políticas nacionais de saúde, evidenciando as tensões e desafios que se colocam nesse campo.

As instituições de ensino tem o desafio de construir propostas que abordem os problemas de saúde na sua integralidade, considerando a complexidade dos problemas das pessoas e da coletividade, o contexto em que vivem e trabalham e que os profissionais construam uma consciência crítica a respeito do contexto em que estão inseridos, tendo como imagem objetivo a construção do SUS. (CHIRELLI; ARGERTON; RODRIGUEZ, 2008).

4.2 Integralidade da atenção à saúde

Este segundo marcador aborda e discute a necessidade de incorporação efetiva do tema integralidade da atenção à saúde no currículo dos cursos de graduação em enfermagem. Apesar da formação em enfermagem ter em sua essência o cuidado, a perspectiva do cuidado integral é algo recente no campo da saúde e conseqüentemente na profissão, romper com o paradigma de formação tecnicista é algo necessário e que se coloca ainda em pauta na formação em saúde.

A dificuldade de se pensar em processos formativos que coloquem em questão o tema e o conceito de integralidade é um desafio permanente para os cursos da área da saúde, bem como para a enfermagem. Muitos são os fatores que levam a essa dificuldade. Podemos citar o hegemônico modelo biomédico de formação, a fragmentação dos sujeitos e a conseqüente fragmentação dos currículos. Ainda é preciso fortalecer o trabalho em equipe de saúde ou trabalho interdisciplinar; o que se

evidencia também em grande parte dos processos formativos na área da saúde, onde se prioriza a entrada em cenários hospitalares em detrimento de atividades práticas realizadas no campo da atenção básica.

O marcador pedagógico que se apresenta ficou muito evidente nos debates do GF, como indica as falas abaixo:

[...] se lutou muito para se chegar a ter a disponibilidade de várias áreas profissionais, ao mesmo tempo, a gente teve dificuldade de construir a ideia de integralidade... o paciente é atendido por uma especialidade e não com aquele olhar integral... cada profissional é dono de um pedaço do paciente, essa fragmentação que mais assusta.
(P6)

[...] qual é o foco dos profissionais? Na técnica. E aonde deve estar o foco nosso, com relação ao paciente? No paciente... A gente pensando no ensino, muitas vezes ensina isso, a técnica.
(P8)

[...] a gente sempre tem um pouco de dificuldade de trabalhar o interdisciplinar, tem até hoje...tem que ter essa interlocução, pelo menos vislumbrar essa proximidade com as outras áreas. De forma que isso se complemente, de alguma forma que depois a gente consiga se aproximar, consiga construir [...] Cada um tem um foco no seu trabalho e esquece o cuidado como um todo
(P4)

Na mesma linha o de pensamento, surge a reflexão sobre o desdobramento das práticas da integralidade de atenção:

[...] falta sensibilidade para com o problema do outro e assim atendem de qualquer jeito a pessoa...a pessoa que está na sua frente tem suas necessidades e os profissionais, que estão ali pra atender, não estão preparados.
(P1)

O relato dos participantes evidencia de que o tema da integralidade é recorrente e importante, entretanto ainda se observa uma tendência em priorizar o enfoque mais tecnicista da formação, apostando na fragmentação do sujeito através das estruturas curriculares centrada em conteúdos isolados e ainda, com distanciamento de ações interdisciplinares de promoção e prevenção da atenção a saúde dos indivíduos e coletivos.

Araújo, Miranda e Brasil (2007) nos diz que podemos entender a integralidade como uma crítica a atitude médica fragmentária, baseada na especialização e que reduz o sofrimento do paciente apenas a aspectos biológicos e limita as práticas dos profissionais de saúde à atenção individual curativa.

Para Carbogim (2012) é necessário corrigir as distorções de um padrão, pré estabelecido hegemonicamente, da classificação de doença que perpetua através do ensino nas faculdades, pois tal padrão é insuficiente para atender as demandas de saúde no contexto sócio-histórico-cultural vigente. A centralidade no biológico implica intervenções com resultados restritos, visto que, além do processo de adoecimento, o indivíduo traz questões socioculturais, muitas vezes determinantes do padecimento e que precisam ser inseridos no contexto terapêutico.

O relato dos participantes corrobora a literatura que indica que há consenso de que existe ainda uma relação de abordagem biologicista e procedimento-centrada na educação dos profissionais da saúde e isso se reflete na atenção que esses futuros profissionais irão praticar nos seus espaços de atuação nos diferentes níveis de atenção a saúde.

Acreditamos que o tema da integralidade na formação em saúde supera essa abordagem técnica, não significa menosprezar o cuidado desenvolvido a partir de procedimentos e técnicas, mas sim reorientar a formação para que se perceba a importância de desenvolver relações singulares de cuidado, de se pensar em projetos terapêuticos comuns e com efetiva interrelação entre profissionais e os usuários.

Ayres (2006) aponta uma crise de legitimidade nas tecnologias de saúde, que, por um lado, potencializam a eficiência e eficácia das intervenções, mas, por outro, se tornam menos sensíveis ao cuidado necessário, e o cuidado não deve limitar-se as tecnologias. Não será possível transformar nossas práticas de saúde se não tirarmos de uma desconfortável estabilidade acrítica os critérios biomédicos que tomamos para avaliar e validar as ações de saúde. (AYRES, 2011).

Existe a necessidade de uma mudança de paradigma para formação em saúde, busca-se ampliar aspectos que considerem as necessidades singulares dos usuários, agregando componentes que destaque os valores humanos da vida individual nos processos de cuidado e de cura. (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

A ausência da articulação de saberes interdisciplinares, durante a formação dos profissionais da saúde, é uma questão que se apresenta com frequência como momento dificultador do atendimento integral à saúde. Dessa forma, acaba

prevalecendo as vaidades individuais em detrimento a um atendimento qualificado e centrado no usuário. O espaço entre serviço e formação pode ser o gerador de condutas interprofissionais na produção do cuidado, sendo o usuário o centro desse debate. (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Para Peduzzi et al. (2009) a proposta de reorganização dos serviços e das ações de saúde sustenta-se no trabalho interdisciplinar e ganha suporte a partir do princípio da integralidade, sobretudo, pelas mudanças do modelo de atenção à saúde na perspectiva da atenção integral. Para a autora trabalhar na perspectiva da integralidade permite a participação de outros profissionais da saúde, propondo-se efetivamente um plano terapêutico resolutivo o que, conseqüentemente amplia o acesso e a cobertura da população pela rede de serviços de saúde.

Os dados revelam a importância do tema da integralidade na formação e que isto implica na forma como escutamos os usuários. Deste modo, para os participantes do estudo é fundamental que este tema perpassa de modo transversar todo o processo formativo, pois trata-se de um marcador pedagógico que amplia o modo de como pensamos o cuidado em saúde e o trabalho em equipe.

[...] quando começamos a fragmentar, muitas vezes começou a se verificar o aparelho circulatório, o aparelho respiratório, quer dizer muito centrado nisso, sem ver a origem das causas. Sem saber quem é esse paciente. A origem desse paciente. Quem é essa pessoa. Que cultura ela tem. Quais são seus hábitos sociais? Qual sua estrutura familiar?
(P5)

To pensando assim, tu tem um sujeito, que tem várias situações que vem pro serviço, ele vai vir com uma queixa e aquela queixa tu vai tratar sempre, mas tu não sabe de fato da onde vem aquela queixa [...] exige escuta, um outro olhar [...] devemos conhecer aonde é que tá acontecendo aquele problema.
(P6)

A responsabilização pela cura é o implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais embasadas no respeito ao usuário, conhecimento do contexto de vida e trabalho. (CECCIM; FERLA, 2006a). Cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se, um projetar 'porque' se responsabiliza. (AYRES, 2006).

Aquele paciente não é aquele paciente que vai naquele momento e que acaba, ele continua. Pensando no desafio, da integralidade, eu acho que tem um outro olhar que ela implica em outros atores que não são somente da saúde, são áreas sociais que também a gente tem que buscar aproximação [...] Não tem como imaginar a saúde sem estar acompanhada do desenvolvimento social. Os problemas sociais que estão associados a várias coisas. Tem coisas que são além do olhar da doença, do entorno
(P6)

Essa abordagem se faz necessária no ensino dos cursos de graduação em saúde essencialmente fazendo a construção de uma visão ampliada do conceito de saúde enquanto produção social. Para isso é preciso romper com a formação do modelo biomédico que atua sobre patologias em detrimento do indivíduo, possuidor ou não de doença, que além de uma assistência puramente técnica, deve ser ouvido e valorizado nos seus meios e modos de levar a vida. (CARBOGIM, 2012).

Para incorporarmos e tornar a integralidade da atenção à saúde uma prática nos serviços é necessário uma mudança no modo de refletir a formação para área da saúde, como vimos através da revisão de literatura. Este estudo nos mostra que a integralidade da atenção à saúde é um tema essencial e contínuo-integrado. Que deve perpassar todo o curso, sendo visivelmente percebido na organização de uma matriz curricular. Se efetivamente desejamos ter um perfil de egresso com uma visão crítica e reflexiva sobre a necessidade de um cuidado integral é importante que os cursos de graduação em saúde apostem neste princípio como um elemento disparador para a formação em saúde. É preciso apostar em currículos que apresentem as linhas de cuidado em saúde, que elas sejam temas da formação, colocando o aluno em desafio, de se pensar enfermeiro tendo que cuidar dos usuários em toda as fases do seu adoecimento, em todo o percurso da rede de atenção. Desenvolver este pensamento é de fato apostar numa proposta formativa que tenha como marcador o tema da integralidade.

De acordo com Ceccim e Ferla (2006a, p. 4): “A linha de cuidado pode ser tomada como o fio da integralidade que trama regionalização e hierarquização em reconhecimento do poder local e segundo o elevado acolhimento dos Usuários”.

[...] tu recebe o paciente, tu logo encaminha o paciente pra ter uma solução e fecha a ficha do paciente, nós não temos que fechar a ficha do paciente, nós temos que continuar enxergando aquele paciente que está ali, que uma hora precisa estar na especialidade, uma hora na atenção básica.
(P6)

As linhas de cuidado devem servir à ampliação e à qualificação da assistência, organizando o processo de trabalho de forma a garantir os procedimentos mais dependentes de protocolos clínicos fortemente estruturados ou de equipamentos e mais conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência. Para isso, os serviços precisam disponibilizar ofertas suficientes e adequadas à complexidade das situações vividas. (CECCIM; FERLA, 2006a).

O debate entre os participantes apontou para a necessidade de que formar na perspectiva da integralidade inclui pensar nas linhas de cuidado:

[...] trabalhar a formação centrada na linha de cuidado... Porque a gente precisa estabelecer esse fluxo de organização na cabeça do profissional também... O que cada coisa interfere... Por exemplo: vai estar na unidade de urgência, que relação tem aquilo, aonde tu te enquadra na tua retaguarda, na tua referência, no teu retorno?... Porque senão cada vez que tu recebe um paciente na tua emergência, tu acha que tu tá fazendo um favor pro paciente... então essa linha de cuidado que a gente tem que trabalhar é pra formar novos sujeitos, porque a gente precisa dessa mudança... Se não, tu começa a mapear só os pedaços do processo e tu nunca entende o todo. Então eu acho, que a atenção a saúde ela é a linha de cuidado.
(P6)

Saúde da mulher tem todo um ciclo, a mulher tá lá, tem uma gestante, tem um parto pra vivenciar, tem o puerpério que a gente pode acompanhar, tem todo um ciclo que a gente pode oportunizar um vivência diferente, eu acho que isso s pessoas tem que vivenciar.
(P4)

[...] nós tratamos uma política pro portador de necessidades especiais, pro idoso, pra criança pro negro, pra gestante, pra diabético, pra hipertenso, fragmentamos a pessoa, a mesma pessoa, ela é da atenção básica, ao mesmo tempo ela faz parte do idoso, do diabético e do hipertenso.
(P5)

A linha de cuidado perpassa todos esses serviços e a integralidade é olhar o processo do usuário.
(P6)

A gente atende, até hoje o médico dá alta, falta essa comunicação com a rede, de fazer contato, de como está o curativo, a lesão, quem vai lá fazer? Quem vai cuidar as sondas? As vezes até é dito assim: vocês vão lá no postinho, falam com o enfermeiro lá. Mas essa comunicação entre os profissionais pra realmente

não querer se livrar do paciente, de ficar se preocupando como é que ele vai ficar tomando medicação anticoagulante, as vezes outras medicações, pra DM, a dieta dele, ele tem condições de seguir? Essa comunicação pode e deve melhorar bastante.
(P1)

O debate entre os participantes nos remete à Ceccim e Ferla (2006a) quando o autor nos confirma que a experiência concreta de linhas de cuidado tem história na organização/ regulação da atenção cuidadora por ciclo vital (criança, adolescente, adulto, idoso), por grupo de agravos de impacto à saúde pública (hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, asma, saúde bucal, saúde mental, saúde ocular), por grupo social de vulnerabilidade específica (materno-infantil, mulheres, portadores de necessidades especiais, sob risco ocupacional), entre outras.

No bojo da organização dos programas de humanização, também surgiram linhas de cuidado. Seu sentido busca a articulação entre humanização e integralidade, entre atenção ambulatorial e hospitalar. Existem experiências com linha de cuidado sendo as mais frequentes programas de atenção integral ao ciclo grávido-puerperal, como a Linha de Cuidado Mãe-Bebê: pré-natal, maternidade, puerpério e puericultura (a linha pode começar no pré-natal ou na maternidade); programas de alta hospitalar precoce com acompanhamento domiciliar (a linha começa no hospital); programas de volta para casa na pediatria, geriatria e psiquiatria. (CECCIM; FERLA, 2006a).

O participante relata os benefícios de se praticar a integralidade da atenção à saúde num trabalho em Rede de saúde através da linha de cuidado:

E o benefício pensando no paciente, na gestante, se ela percebe que tem todo esse movimento, que as pessoas se falam. Quando ela chega na UPA, chega na maternidade, os profissionais já estão sabendo da sua situação. Que se pensa mais nesses encontros, de conhecer as pessoas, de conhecer as gestantes de conheces o ambiente, como deve ser mais tranquilo pra ela.
(P1)

Entendemos a proposta de linha de cuidado aponta para a noção de organização da gestão e da atenção em saúde, que toma em referência o conceito de integralidade na sua tradução em práticas cuidadoras. Isto é, trata-se de inventar uma proposta que efetive uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais capaz de responder por uma concepção de saúde não centrada somente no

tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida. (CECCIM; FERLA, 2006a).

Falamos de uma rede que seja a tradução de uma prática cuidadora e que, comprometida com a afirmação da vida, tenha capacidade de abrir mão das representações que a constituem, nomadizando-se em resposta efetiva ao contexto detectado no encontro usuários – ações e serviços (CECCIM; FERLA, 2006b).

Este é um tema importante para pensarmos a formação de futuros profissionais, ou seja, apostar em cenários de prática que de fato seja possível romper com os níveis de atenção ou o modelo de pirâmide, vertical, onde as práticas de cuidado não se aproximam e não se integram. Isto ainda é um desafio para a formação dos profissionais da saúde. Pensar na integralidade é pensar redes de atenção à saúde efetivas e implicadas com o usuário e isso precisa iniciar no processo formativo por meio da inserção dos estudantes em diversos e variados cenários de prática de cuidado.

Os participantes apontaram de que pensar na proposição da linha de cuidado com enfoque na integralidade da atenção à saúde durante a graduação, pressupõe o uso de metodologias que facilitem no processo de ensino-aprendizagem:

Uma sugestão que eu consideraria importante quando discutem um determinado tema, tipo da integralidade e interdisciplinaridade, de levar ao mesmo tempo dois professores, pessoas distintas pra eles na frente dos alunos, pensando na minha disciplina, trazer professor que trabalha a gestão na área hospitalar e ter outro professor que trabalha na atenção básica. Ver como isso se interliga.
(P1)

[...] pensando na linha da gestante, trazer o enfermeiro que faz o pré natal e o enfermeiro da maternidade.
(P3)

Acho que vamos ter que trabalhar isso na formação em todos os setores, tipo assim, vamos usar como exemplo a gestante: Nós temos que tentar aproximar quem tá tratando na rede com quem está tratando lá no hospital. Nós temos que tentar aproximar esse vínculo, para que o próprio grupo possa entender o processo. Pra que aquele estudante que vai lá na rede ele vai fazer a relação aqui, que vai fazer a sequência na rede e vai ter a mesma linguagem e a gente vai produzindo novos sujeitos no processo.... trabalhar com integração ensino-serviço e fazer esse movimento acontecer junto, pra construir algumas linhas já... É movimentando isso junto, não tem como só o professor trabalhar isso, se tu chegar lá no serviço e ter outra linguagem, aí tu não vai conseguir fazer a mudança.
(P6)

Para provocarmos uma transformação necessária na formação é imperativo romper com os modelos pedagógicos tradicionais e habitualmente utilizados, com centralidade no biológico, no procedimento, dissociando conhecimentos teóricos dos práticos. Precisamos construir em articulação com o ensino e serviço modos de tornar efetivamente o aluno sujeito do seu processo de ensino aprendizagem, colocando o usuário como centro de sua atenção para de fato ter a dimensão total de suas necessidades de saúde e assim trabalhar interdisciplinaridade e articulação de todos os níveis de atenção.

Outro tema recorrente entre os participantes no contexto deste marcador pedagógico é a despreocupação dos profissionais com o todo em relação ao usuário e que para atingir a integralidade da atenção à saúde é necessário perceber as outras faces das necessidades de saúde da população:

O que acontece, o objetivo daquele profissional, não tá em resolver o problema, tá em fazer o diagnóstico. Eu vejo muito isso. Eu fiz o isso aqui certinho, tecnicamente eu tinha que fazer tal exame e tal e tal remédio. Se o cara tomou, se o cara não tomou, se o cara tinha onde guardar em casa. Ele ganha a insulina que o judiciário mandou, mas não tinha geladeira em casa, isso não interessa.
(P7)

E a pessoa que estava na frente tinha suas necessidades e as outras pessoas, os profissionais, que eram pra então atender, ou não estavam preparados ou perderam o ideal que trazia.
(P1)

[...] pra mudar conceito, tu precisa fazer que as pessoas conheçam. Ninguém muda se não conhece ou não tem uma experiência que possa permitir tu fazer uma reflexão. Então acho que a gente precisa avançar no olhar que as pessoas possam compreender o contexto que elas de fato estão vivendo... Então quer dizer, nos exige tempo, exige escuta, exige um outro olhar. Se o profissional não está disposto, mas aí é colocar todo mundo na roda e bom, o que tu sabe disso? Como que é a realidade? Conhecer as famílias. Conhecer aonde é que tá acontecendo aquele problema.
(P6)

[...] Quais são os desafios que a gente tem? Quais são os avanços enquanto saúde no nosso cenário regional? Quais são as nossas expertises? Quais são também as nossas necessidades?... a gente tem formações tão boas e tão distantes do que a gente precisa no dia-dia.
(P4)

Para Silva e Sena (2008) as ações centradas nas necessidades de saúde do usuário são ponto fundamental para construção da integralidade do cuidado. Isso implica em redefinir práticas, em que as intervenções sejam desenvolvidas através do vínculo, acolhimento, valorização da subjetividade do trabalho em saúde e da singularidade do sujeito que recebe o cuidado.

Cecílio (2009) ressalta que a integralidade é objeto do sistema de saúde e de suas políticas, como uma rede interligada que se articula a partir da ação de múltiplos atores empenhados em atender as necessidades particulares do usuário, independentemente se este recebe o cuidado na atenção básica ou atenção hospitalar.

Para potencializar uma formação voltada para a integralidade, com apropriação dos princípios norteadores do SUS e orientada pelas necessidades da população, 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.

Feuerwerker (2002) diz que para induzir mudanças mais profundas no processo de formação profissional na busca de um cuidado integral é necessário um movimento de diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem.

Para Albuquerque et al. (2008) não é possível pensar a mudança na formação dos profissionais de saúde sem a discussão sobre articulação ensino-serviço, considerando-a um espaço privilegiado para uma reflexão sobre a realidade da produção de cuidados e a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente em um modelo que considere como objetivo central as necessidades dos usuários, não cabendo mais esse distanciamento cerimonioso entre ensino e o serviço.

No mesmo sentido surge como proposta do grupo focal para conhecer a realidade de saúde, bem como as reais necessidades de saúde da população, colocam que, para desenvolvermos nos alunos a noção de integralidade da atenção, através da linha de cuidado e trabalho articulado em redes de atenção, existe a premência de realizar integração efetiva do ensino com o serviço, com multiplicidade de cenários e viências para contextualização no processo de formação da efetiva integralidade da atenção à saúde e também transformação do modelo de ensino-aprendizagem.

No momento em que você consegue ter a tua teoria bastante próximo da prática, tendo uma ligação acaba mudando também. Você vai tendo tua parte teórica e ao mesmo tempo também você vai conseguindo linkar, ter momentos que você consegue linkar com área prática e uma maneira mais fácil né, mais direta [...] consegue ter esse trânsito dentro do público e do privado com formação em mais componentes curriculares, com certeza vai agregar ao profissional. A pessoa vai sair bem, vai sair mais preparado. Porque ela vai conhecer as várias realidades que ela vai enfrentar no dia-dia.
(P5)

Corroborar em sua fala:

[...] eles precisam perceber aonde eles vão precisar utilizar aquilo que está sendo discutido em aula, aonde que isso se encaixa, como ele vai colocar isso na prática.
(P1)

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços. (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Um dos entraves para efetiva interação ensino e serviço está na metodologia utilizada no processo ensino-aprendizagem, que deve ser repensada, essa mudança 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 do saber docente à escolha de conteúdos baseados nas necessidades sociais. (BATISTA; BATISTA, 2004).

Autores como Silva e Rodrigues (2010) corroboram dizendo que 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.

P6 fala no mesmo sentido:

Acho que além de integrar ensino-serviço a gente tem que contextualizar cada coisa.
(P6)

De acordo com P7:

Acho que chegou o momento de fazer o ensino baseado no serviço. Aproximar o aluno cada vez mais e inserir no serviço. Porque se nós temos um serviço de saúde que está estruturado [...] esse é o local privilegiado para fazer o estágio e a formação [...] o aluno lá, vai aprender a postura profissional, ela vai aprender a “coisa” centrada na pessoa e além de tudo vai entender as necessidades, porque supõe-se que esse sistema esteja atendendo de acordo com as necessidades da integralidade.
(P7)

Um dos desafios para o SUS e também para as IES é a formação de profissionais de saúde competentes diante de situações reais, postas pelos serviços, para o ‘como’ e ‘para que’ estão sendo formados os profissionais de saúde. (LUCHESE et al., 2010) Para Filho (2004) é preciso pensar uma formação profissional orientada para o trabalho, com o objetivo de integrar conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes e valores éticos.

Os espaços onde se dá o diálogo entre trabalho e a educação assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado. Centrando as discussões nas relações entre ensino e trabalho, há de se reconhecer que esses espaços são de grande importância para a formação em saúde e consolidação do SUS. (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Nessa perspectiva não é possível pensar interface entre ensino e trabalho sem remeter-se a educação permanente, entendida como aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e organizações, possibilitando o desenvolvimento das pessoas que trabalham na área da saúde e das instituições. (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Pensando no quadrilátero da formação proposto por Ceccim e Feuerker (2004a) o participante 6 evidencia em sua fala a importância da articulação/aproximação de todos os atores envolvidos no processo da formação na busca da integralidade da atenção:

Porque tu precisa de várias frentes, além da decisão da coordenação, tu precisa de direção, dos parceiros do serviço, de quem vai receber os alunos de que

vai contribuir, de praticamente construir um pacto de formação entre todos os atores para conseguir fazer, inclusive os usuários. Porque é uma ação que tem que ser construída coletivamente, não dá pra voltar... e tem que manter aquele vínculo, tem que acompanhar, como é que vai ser. Então isso tudo é quase que construir um protocolo entre as instituições e quem vai receber os alunos isso vai permear.
(P6)

Essa última fala vem muito ao encontro do próximo marcador pedagógico que será analisado e discutido no texto, que é a necessidade de responsabilização das instituições de ensino, através dos docentes e discentes, juntamente com as instituições de saúde, com seus gestores e profissionais da ponta, com a integração ensino-seviço que seja conhecedor das necessidades de saúde e um propulsor de transformações da realidade onde esses sujeitos serão inseridos no decorrer do processo de formação e possam construir ou desconstruir-se permanentemente.

Para o Participante 3:

Se a gente pensa que a base curricular busca integralidade, a gente precisa trazer o serviço mais dentro da academia e levar o acadêmico mais pro serviço e não só no estágio, mas que ele possa pensar momentos, ir dentro do processo mais próximo e que esse estágio, esse momento de integração ele aconteça mais institucionalmente também, porque senão ele fica muito burocrático e aí fica difícil de construir.
(P3)

Pensando na ideação de integralidade como marcador pedagógico de um novo curso de graduação em enfermagem, sendo incluído de maneira horizontal na matriz, faz-se necessário a colaboração de vários agentes no processo formativo, incluindo docentes comprometidos com a necessidade de mudança dos métodos de ensino-aprendizagem, discentes críticos e reflexivos sobre as práticas cuidadoras, articulação entre gestores do ensino e serviço e a inclusão dos profissionais da atenção no processo de formação com devida participação dos usuários. Para tal Ceccim e Feuerwerker (2004a) propõe a lógica do quadrilátero da formação em saúde e diz que a construção da integralidade inclui rede de serviços, práticas cuidadoras, propostas de gestão, exercício da participação e controle social e as propostas de formação e educação permanente em saúde.

4.3 A responsabilização nos processos de cuidado em saúde

O terceiro marcador aborda uma temática que permeou as discussões do grupo focal, que é pensar criticamente a realidade, o aluno juntamente com a instituição de ensino, deve vivenciar experiências do cotidiano nos momentos de estágios ou práticas como momento de produção de significados para, se necessário, transformá-la e não somente criticar se algo está errado ou faltante, de certa maneira devem ser implicados com os problemas reais da população e de alguma forma procurar deixar uma marca ou se sentirem responsáveis por aquilo, deixando um efeito positivo para os indivíduos, coletivos e a instituição que ali estão.

Vimos a necessidade premente da integralidade da atenção à saúde ser tema transversal na formação do enfermeiro, com o esforço de vários atores para alcançá-la. Falamos na articulação e aproximação do ensino com o serviço como sendo uma das estratégias, entendemos que a integralidade assume como marco referencial para identificar os problemas da realidade, aquilo que se distancia do pretendido, isso é fundamental para formulação de novas iniciativas de modos de formação dos profissionais da saúde.

O trabalho em saúde e, particularmente, a enfermagem lidam com objeto humano, como os usuários, individualmente, os grupos sociais e populações, que trazem, aos serviços de saúde, demandas relacionadas ao processo saúde-doença, expressas como necessidades ou problemas de saúde. (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Os processos formativos oferecidos pela universidade tem sido analisados como desvinculados e descomprometidos com a realidade, não produzindo saberes que “que reverterem ou transformem essa realidade”. São saberes que não sabem, fragmentados e descontextualizados, que não apresentam relação com a realidade. (BARROS, 2006).

Para Corbellini et al. (2010) a diversificação de cenários de prática e ampliação dos períodos de aproximação ao SUS e além da interdisciplinaridade, direcionarão o futuro enfermeiro, não só a conhecer perfil epidemiológico, mas tornar-se um interventor na realidade, permitindo que se torne agente de mudança e de novos significados podendo intervir nos determinantes do processo saúde-doença.

O surgimento deste marcador pedagógico sustenta-se no debate dos participantes quando os mesmo indicam de que a responsabilização pelo processo de cuidado está inserido em toda a rede de atenção à saúde, ou seja, propormos

possibilidade do estudante conhecer a realidade daquele usuário que está no hospital mas que tem uma vida longe dele e que o seu adoecimento foi determinado por diversos fatores sociais:

Acho que ter envolvimento e que a gente deve oportunizar momentos dentro da formação, de buscar vivência significativas, dentro desse processo de transformar, é importante.
(P4)

[...] quanto mais a gente ajudar na caminhada, na construção desse saber, do saber-fazer, do saber-ser, mais rápido também a gente vai ter pessoas que possam auxiliar nesse processo de mudança de realidade.
(P1)

[...] só o fato de dizer viemos ao serviço não adianta, tem que saber aonde está se indo.
(P7)

Está descrito nas DCN e na LDB que a formação de ensino superior deve atender demandas regionais e ter conhecimento das reais necessidades de saúde da região, bem como do país, para tal, existe a importância de vincularmos o ensino ao serviço e diminuindo esse distanciamento de forma a buscar contextualizar todas, ou quase todas as discussões em sala de aula, com aproximação das realidades durante o processo de formação. Isso facilitará no processo de construção coletiva entre saúde e serviço de novos modos de práticas de atenção a saúde e conseqüente melhoria na qualidade de vida das pessoas.

Nós temos duas situações, uma nós temos exemplos na nossa região muito positivos e outros que deixam a desejar, mas aí é importante pra pessoa conhecer aonde é que alguém aliado a alguma formação, aonde a pessoa pode ser agente de transformação do ambiente. Ele vai conhecer o local que dá certo e vai conhecer o local que talvez ainda não despertou e isso vai ser importante pra ele [...] E por isso vai ser importante ele conhecer mais, isso é importante pra pessoa, ele vai em um determinado local, vai em outro e isso vai ser importante pra pessoa ver que ela pode ser agente de transformação.
(P5)

[...] eles precisam perceber aonde eles vão precisar utilizar aquilo que está sendo discutido em aula, aonde que isso se encaixa, como ele vai colocar isso na prática. É possível fazer diferente?
(P1)

É necessário uma relação teoria e práxis, dessa forma, a produção o conhecimento resultante dos saberes e das práticas do ensino da saúde, requer uma construção teórica contextualizada em movimentos da vontade (desejo, implicação) capazes de forjar uma teoria viva que reflita, desde sua própria constituição, a experiência concreta da vida que lhe dá origem e da vida que vai originar uma atividade prática (práxis) uma iniciativa da vontade em movimento de transformação. (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

Articular dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade é um aspecto importante para a formação em saúde, isso pode ser atenuado com a presença de um currículo integrado, que não será abordado de forma ampla aqui, mas serve como base para preparar um aluno como sujeito ativo, reflexivo, criativo e solidário, devendo o estudante refletir sobre a realidade que está inserido. E existe uma cisão entre os problemas da realidade e a organização disciplinar do conhecimento que orienta a formação dos profissionais de saúde. Os currículos estão organizados de um modo que contribuem pouco para a resolução das questões concretas e cotidianas. (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Nós queremos que esse profissional, que ele chegue na instituição e tenha a porta aberta? Possa construir? Possa ajudar? Possa questionar? Ou a gente quer uma instituição fechada, que venha recebe e cada um vai para sua casa, vai pra formatura e recebe o canudo e tá tudo bem. Quer dizer, isso implica um novo formato e não é uma coisa tão simples da gente produzir a mudança, então as vezes é mais fácil tu fazer do mesmo jeito né? Eu to falando porque todos nós convivemos com estágios, então eu to falando porque é preciso q gente se dispor. Bom até que ponto as intuições querem que a gente mexa? E até que ponto nós queremos que isso aconteça? Então essa é uma pergunta importante que nós temos que responder na construção. Isso implica em mudança em posicionamento.
(P6)

Fica claro na fala do participante 6 que também a instituição de saúde e os profissionais inseridos naquele contexto, que é cenário real da aprendizagem, estejam dispostos e flexíveis as possíveis intervenções ou sugestões dos alunos e supervisores para uma reflexão acerca de provável mudança de práticas de atenção a saúde. O participante 4 coloca que nos serviços de saúde ainda existe uma resistência para receber as instituições de ensino e isso dificulta a troca entre o serviço e o ensino, devido falta de comprometimento e motivação dos profissionais.

A gente convence o colega a ser orientador, o supervisor de estágio, a gente não faz um trabalho de preparação, motivação, de compromisso de envolvimento mesmo, que é algo que a gente pode ter essa parceria.
(P4)

Fica indicado, como que se construa essa efetiva colaboração da instituição de ensino, através dos alunos, para sentir-se acolhido dentro dos serviços e contruir ou deixar uma marca de sua passagem naquele espaço.

Envolver o aluno em projetos dentro das instituições, pra conhecer a realidade, pra fazer a mudança que eles vão estar envolvidos nesse cenário, que eles também vão se sentir aptos dentro daquela instituição sendo um motivador para os outros colegas que também estão ali.
(P2)

Albuquerque et al. (2008) contribuem afirmando que a instituição de ensino devem se preocupar em identificar necessidades dos serviços e cenários de prática, estabelecendo um relação de contribuição docente/discente para tais serviços. Além disso, em contrapartida, é fundamental a participação de profissionais dos serviços e usuários nas discussões educacionais de formação na área da saúde.

Também como relata o participante 5 a inserção dos alunos no cotidiano do trabalho pode servir como disparador reflexivo para mudança de condutas tomadas como certa e que sempre foram adotadas, por aqueles profissionais, possam ser revistas e tornar um outro agir e fazer a partir dessa integração educação e serviço.

[...] os alunos, eles estão ajudando essas pessoas? Quer dizer que isso vem algo para beneficiar, aquele comentário, da parte mais teórica que possa ser agregado ao conhecimento de muitos anos. Muitas vezes acaba achando que porque sempre estava fazendo assim tá fazendo o correto e quanta coisa mudou [...] e justamente com seu conhecimento eles podem alterar a realidade desses profissionais.
(P7)

Nessa fala acima fica exposto o quanto realmente é determinante integrar de forma efetiva ensino e serviço, com co-responsabilização e sendo o fio potencializador de mudanças na realidade de saúde das pessoas.

Isso é muito importante, uma vez eu estive em uma situação em que um professor disse assim: É pois é não adianta ir lá no serviço, não era num posto de

saúde, era assim, na coordenadoria a nível central da secretaria de saúde. Não adianta ir lá no serviço, faz 10 anos que a gente leva os alunos lá e os dados deles são ruins. Pô, se tu tá há 10 anos levando os alunos e os dados são ruins, metade dos problemas são do serviço e metade é teu, que vai todo semestre lá e faz uma crítica que é ruim e não ajuda a melhorar.
(P7)

Quer dizer, precisamos de diversificação dos espaços de saúde como cenários do processo de ensino-aprendizado, mas precisamos não somente ir até eles e sugar, criticar como acontecem as práticas, precisamos entendê-los, compreendê-los, conhecê-los de forma a poder ajudar na construção ou melhoria do que realmente está acontecendo naquele espaço e deixar a nossa contribuição para a comunidade. Pensar nas realidades tendo o usuário e suas necessidades como centro de nossas discussões e assim formar com um outro olhar sobre o cuidado de enfermagem.

A realidade vivenciada pelos estudantes nos serviços de saúde não deve ser ponto de partida para críticas taxativas a estes serviços e seus profissionais, deve funcionar como elemento instigador para uma prática problematizadora no sentido da aprendizagem e também da reflexão sobre a produção dos cuidados. (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Quando pensamos na assistência à saúde com novas práticas de saúde temos o espaço privilegiado do cuidado nas interações terapêuticas, na práxis ou atividade prática e revalorizar a dignidade prática é uma tarefa e um compromisso quando se quer cuidar. A importância do cuidar nas práticas de saúde está no desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. (AYRES, 2006).

O momento de imersão do estudante no cotidiano dos serviços pode trazer recursos riquíssimos para o aprendizado do cuidado e da organização dos processos de trabalho e gestão. Deve-se aproveitar essas experiências vivenciadas como momento pedagógico, para refletir sobre a prática do cuidado que ali é produzida e suas repercussões, trazendo sentidos para a maneira como a assistência se organiza e desenvolve naquele espaço, onde também estamos. (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Estamos apostando no campo da formação de profissionais de saúde, a opção radical por um modelo de atenção que seja usuário centrado, pois “[...] seja porque como pessoas todos temos o direito de sermos atendidos conforme nossas

necessidades seja porque este é o objeto da saúde, assegurar plena atenção as necessidades das pessoas.” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1401).

Quando discutimos esse tema como marcador pedagógico para um novo curso de enfermagem, colocando-a como sendo uma forma de mudança do processo de formação para área da saúde, não podemos esquecer de trazer para o texto, a necessidade essencial de que os serviços também precisam estar dispostos a essa alternativa de modificação em sua organização, que essa articulação entre esses dois mundos, ensino e serviço, necessita uma visão mais ampla sobre essa interseção e que os objetivos devem ser comuns para mover esse processo.

A integração ensino-serviço-comunidade, portanto, faz-se estrategicamente necessária para a efetivação entre teoria e prática, devendo esta também se colocar a serviço da reflexão sobre a realidade dos cenários de prática, para que o estudante elabore a crítica e busque soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados, considerando a responsabilidade e o compromisso do enfermeiro com o usuário do sistema de saúde por meio do cuidado para a emancipação do outro. (CHIRELLI; ARGERTON; RODRIGUEZ, 2008).

Os autores seguem afirmando que os projetos pedagógicos dos cursos de graduação devem estar sintonizados com esta visão caso queiram realizar uma formação comprometida com a construção da cidadania enquanto emancipação das pessoas na sociedade, garantindo uma formação mais global e crítica, ou seja, formar sujeitos da transformação da realidade, buscando respostas para os problemas contemporâneos.

4.4 Gestão e liderança

Os participantes trouxeram, que além de pensar uma formação em consonância com os princípios e diretrizes do SUS com foco na realidade local de saúde para alteração nos modos de fazer saúde, é preciso formar um enfermeiro que tenha além de habilidades técnicas. Isso emerge nas conversas do grupo focal, principalmente após leitura das competências e habilidades descritas na DCN, como sendo necessária e indissociável para formação do enfermeiro a característica fundamental de gestão aliada a liderança, discutirmos isso como o quarto marcador pedagógico.

No seu processo de trabalho, o enfermeiro desenvolve ações de cuidado, gerenciamento, pesquisa e educação, orientado por objetivos específicos, mas tendo como foco central o bem-estar do ser humano, obtido por meio do atendimento das suas necessidades afetadas. No contexto atual, o enfermeiro enfrenta um desafio de ser gestor de saúde, o que envolve o cuidado, a equipe, a educação e a pesquisa. (VALE; OLIVEIRA, 2011).

Tu vai trabalhar numa unidade básica, num hospital, tu tem a parte assistencial, tu tem a parte do gerenciamento, se assumir por exemplo uma secretaria, tu tem a parte de gestão do todo.
(P6)

De acordo com a Norma Operacional Básica (NOB) 96, que prevê a operacionalização do SUS, conceitua a gestão como atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, avaliação e auditoria. E conceitua gerência como administração de uma unidade ou um órgão de saúde (ambulatório, hospital, fundação etc) que se caracteriza como prestador do sistema. Adotaremos o conceito de gestão como exercício das atividades do enfermeiro na organização da assistência de enfermagem, de serviços e cuidado em saúde.

A graduação em enfermagem durante muito tempo acabou fundamentou-se em ações práticas, tecnicista, no já comentado modelo biomédico, centrando na doença ao invés da pessoa. Foi necessário uma reflexão sobre a prática de enfermagem para buscarmos uma mudança de formação, as DCN são um fator que motivou essa transformação nos currículos, apesar de insipientes, modestas e por vezes engessadas, essas alterações em busca de colocar a noção de competências e habilidades a serem alcançadas devem ser um dos caminhos a ser percorrido pelas instituições formadoras nos seus projetos pedagógicos.

A partir das DCN, foram apontadas as seguintes competências e habilidades gerais para a formação do enfermeiro: Atenção à saúde; Tomada de decisão; Comunicação; Liderança; Administração e Gerenciamento e Educação Permanente. Isso por si só não garante renovação da prática e se torna um desafio para as instituições de ensino desenvolver tais competências e habilidades apontadas na DCN. (BRASIL, 2001a).

Em relação à competência gerencial, as DCN apontam que “os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.”

Além dessas atribuições gerenciais serem reconhecidas nas DCN, também são atribuídas legalmente ao enfermeiro através da Lei do Exercício Profissional (1986) e pela resolução COFEN nº194/1997, ao estabelecer que cabe, privativamente, ao enfermeiro, à direção, o planejamento, a organização, a coordenação e avaliação dos serviços de enfermagem. O enfermeiro pode ocupar em qualquer esfera, cargo de direção geral nas instituições de saúde públicas e privadas, cabendo-lhe, ainda, privativamente, a direção dos serviços de enfermagem. No entanto, o estudo indica, que esta competência se constrói, ao longo da experiência:

*Gerenciamento é importante, a gente até tem na faculdade, mas temos que desenvolver com o passar dos anos porque não sai pronto.
(P2)*

Durante a formação estudamos questões referente ao processo de trabalho do enfermeiro como o gerenciamento, mas ainda de maneira superficial e que esse processo de aprendizado se dá, de maneira mais efetiva, após a graduação durante o desenvolvimento da carreira profissional.

A formação de enfermeiros tem incluído desde as ações de caráter técnico-assistencial, com profissionais capazes de analisar e intervir em uma sociedade assinalada por profundas desigualdades, as ações de caráter gerencial nos cenários que compreendem os espaços de atuação voltados à gestão na atenção à saúde, ampliando a proposição de uma formação crítico-reflexiva. (ACIOLI; CORREIA; LIMA, 2013).

Para o participante 5 é necessário reforçar no currículo do projeto pedagógico as questões referente a gestão com articulação com situações da prática:

[...] eu acho que é importante uma visão de gestão. Porque na verdade hoje nós temos diversos profissionais de enfermagem, que na verdade eles são gestores do sistema...quando eu fiz minha pós em gestão de serviços e sistemas de saúde, na época lá a grande maioria era o pessoal da enfermagem e via as pessoas que atuavam há bastante tempo na área da enfermagem e quando começou a falar em gestão do serviço e sistemas de saúde, as pessoas se deram conta que nunca

tenham visto isso e as vezes você está lá cuidando de um programa e esse programa está interligado com o quê? Por que é assim?
(P5)

A gestão está presente na prática dos enfermeiros em todos os níveis de atenção à saúde enquanto ferramenta de organização dos serviços, visando à melhoria da qualidade da assistência ao indivíduo, à família e à comunidade. (VALE et al., 2011).

Os autores ainda consideram que a enfermagem está conquistando considerável espaço no que se refere à coordenação de programas voltados para as ações básicas de saúde, sendo peça fundamental para o funcionamento da unidade de saúde e dos serviços prestados à comunidade.

Para alcançarmos esse objetivo de formar construindo as competências do enfermeiro durante a graduação devemos aproximar as instituições de ensino com o mundo do trabalho, para que efetivamente os alunos sejam críticos e reflexivos como solicitado nas DCN e enfrentem situações do cotidiano, da realidade das instituições de saúde em todos os seus níveis.

Além dessa aproximação ensino e serviço outro desafio apontado por Vale et al. (2011) é o de mudar as práticas pedagógicas no ensino da enfermagem, fugindo da educação transmissional para construção do conhecimento, com necessário afastamento da fragmentação do ser humano tão vinculado as estruturas curriculares universitárias.

Para Vale et al. (2011) a gerência no trabalho do enfermeiro é fundamental para os desafios de uma prática convergente às políticas de saúde, é um instrumento que permite organizar, política e tecnicamente, o processo de trabalho, com base nas necessidades de saúde, com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo, tendo em vista os princípios do SUS e colaborando para que o usuário do serviço de saúde seja assistido integralmente.

A utilização da dimensão do trabalho gerencial como estratégia de mudança de práticas assistenciais também deve ser considerada no processo de formação do enfermeiro. Para Kawata et al. (2009) a gerência pode ser um instrumento com potência para desencadear, no conjunto dos trabalhadores, um processo de reflexão e revisão de sua prática, possibilitando a transformação do processo de trabalho em saúde. Sendo o enfermeiro membro integrante da equipe multidisciplinar, ele deve apresentar competências que possibilitem o estabelecimento de ações

comprometidas com a reversão do modelo assistencial vigente e, conseqüentemente, com a consolidação do SUS.

O participante 3 coloca:

[...] uma coisa que eu sinto, que eu vejo, olhando nas competências descritas nas DCN, é um profissional que tem que ter esse pensamento de liderança, de comunicação, de atenção e gestão com visão de rede, que é a necessidade de um profissional com olhar ampliado.
(P3)

Os desafios na formação para refletir acerca do desenvolvimento da competência de liderança também foi debatido no grupo focal. Construir líderes durante a trajetória acadêmica segue sendo fundamental para encarar o mundo do trabalho e articular seus conhecimentos do processo de trabalho da enfermagem e saúde. Muitos esforços vem sendo realizados para que esta competência seja desenvolvida desde a graduação. Em 2001 através das DCN destaca-se entre as competências gerais a Liderança:

[...] no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. (BRASIL, 2001a).

Fica evidenciado na fala do participante 6 a necessidade de se pensar durante a graduação a construção de um perfil de liderança:

[...] vejo que a graduação ela não pode só trabalhar somente a lógica do conhecimento técnico, ela precisa trabalhar o comportamento. Especialmente o enfermeiro ele tem o perfil de liderança aonde ele atua, isso é nato do enfermeiro... Então se tu consegue aliar na formação esse olhar, a liderança dele, durante o processo, tem um profissional que tem de fato uma contribuição muito maior... acho que tem que ser trabalhado fortemente na própria formação mesmo, porque isso vai implicar nele se sentir seguro pra ter um papel pró ativo no processo.
(P6)

A liderança de enfermagem é algo posto, supostamente inquestionável. A liderança do enfermeiro não acontece naturalmente, mas conforme acontece a dinâmica do processo de trabalho que exige que o enfermeiro a lidere, ou seja, ao

ocupar a função de gerente do serviço, o enfermeiro se mostra líder em razão das funções que desenvolve. (BERNARDINO; AUED; PERES, 2011).

Entendemos que é inerente ao enfermeiro assumir papel de líder, mas que essa liderança as vezes não acontece naturalmente e que nem sempre o enfermeiro está completamente preparado para assumir e exercer esse papel, visto que a liderança é um processo que deve ser contruído. Para Bernardino, Aued e Peres (2011) podemos considerar liderança como uma competência, sujeita a construção, que se inicia na graduação e estende-se continuamente ao longo da carreira profissional.

Para esses autores é fundamental que os órgãos responsáveis pela formação do enfermeiro, bem como as instituições de saúde, comovam-se acerca da importância do ensino e da aprendizagem permanente da liderança. É um processo cujo desenvolvimento engloba competências, habilidades e atitudes passíveis de serem aprendidos e incorporados.

Através das falas dos participantes 1 e 2 podemos evidenciar uma preocupação como essas questões relativas, a gerenciamento e liderança, são contextualizadas durante a vida acadêmica, geralmente no fim das estruturas curriculares, fragmentadas e isoladas, sendo que já estiveram em outras práticas possivelmente exercitando-as sem o contexto necessário.

Nas grades curriculares a maioria desses componentes eles são desenvolvidos mais adiante, quase no final do curso e daí eles não tem mais tempo pra prestar atenção durante as várias práticas acadêmicas nos diversos espaços que eles tem pra desenvolver isso, pra prestar atenção [...] Por isso que eu penso, essa questão de gestão, liderança, educação, deveria ser mais cedo e ser trabalhado continuamente, que isso precisa funcionar e que isso tem que ter continuidade...penso que eles percebem isso muito tarde.
(P1)

Aí esse componente está no final e entra a correria do TCC, do projeto e perde um pouco o foco.
(P2)

Acredito que outra dificuldade durante a graduação está nos modos de avaliação, pois estamos habituados com notas sobre o conhecimento adquirido, muitas vezes decorado, e esquecemos os aspectos comportamentais, precisamos de novos processos de avaliação, com avaliações progressivas e auto-avaliações, para identificar dificuldades e contruir maneiras de melhorá-las. Em várias situações as

melhores notas não correspondem àqueles que podem resolver de maneira mais efetiva uma situação de conflito por exemplo, então entendemos que o ensino deve ser baseado nas questões do serviço, com resolução de possíveis problemas que serão enfrentados no dia-dia do trabalho.

Na busca de profissionais críticos e reflexivos como inscrito nas DCN, com capacidade de gestão e liderança devemos incentivar os alunos a vontade de aprender e serem protagonistas no processo de ensino-aprendizagem, sendo sujeitos ativos para ir além do oferecido em sala de aula. Cabendo a instituição de ensino, com seu corpo docente inovar nas estratégias pedagógicas, mudanças nos currículos e aproximar as relações entre o ensino e o serviço.

Nesta perspectiva o estudante constrói sua aprendizagem a partir da vivência nos cenários reais de prática profissional, refletindo sobre os problemas de uma determinada população ou instituição, buscando a essas competências para atuar no cuidado individual e coletivo e gestão para o cuidado em saúde. (CHIRELLI; ARGERTON; RODRIGUEZ, 2008).

Através da análise dos dados emergiriam esses marcadores pedagógicos como necessários para transformação no modelo de formação para área da saúde, sabe-se que muitos movimentos já vem sendo feitos para que ocorra essa mudança a partir das DCN em 2001. Um novo curso de graduação para essa área e especialmente a enfermagem, deve buscar formar profissionais implicados com o cuidado coletivo, com os problemas de saúde da população, para tal, existe a imposição de apontar novos rumos nos projetos pedagógicos. Esses devem ser elaborados na perspectiva de compromisso com o sistema de saúde vigente, SUS, de acordo com a Constituição Federal tendo a integralidade da atenção seu fio condutor, ter ênfase na articulação ensino-serviço como potência de experiências da realidade, das necessidades de saúde da população, como fonte de produção de sentidos e significados para serem agentes da mudança necessária da atenção prestada aos usuários.

Entendemos que para conseguirmos alcançar esses objetivos precisamos romper efetivamente com o modelo de ensino-aprendizagem que está proposto e colocado na maioria dos projetos para a formação da graduação das profissões da saúde. Como já colocado no texto, modelo procedimento centrado, com fragmentação dos conteúdos e desconectado com as realidades de saúde com articulação mínima entre ensino-serviço.

Acreditamos que esta dificuldade, presente nos projetos, se dá pela forma de organização dos componentes curriculares, que seguem fragmentados e dissociados da realidade do serviço e da comunidade. Construir novos modos de harmonizar os problemas dos usuários individualmente e coletivamente com uma formação com consciência crítica e reflexiva dessa realidade é o desafio que temos que superar.

Destacamos que para construir novos modelos de organização curricular é essencial um conjunto de mudança dos atores envolvidos, dentre os quais os professores que vão atuar nesta nova proposta de formação. É preciso apostar no uso de novas metodologias, pensar no aluno como sujeitos ativos na sua formação, é preciso criar alianças entre as instituições de ensino e saúde, construindo novas ligações para um ensino contextualizado com as realidades da população e com conhecimento baseado no mundo do trabalho.

O outro desafio que se coloca a este tema é que as resistências existem quando se busca por algo novo e que propõe outras articulações. Romper com o modelo tradicional de ensino e grades curriculares que apostam em currículos fragmentados exige formação docente, disposição, compromisso e mais do que isto, exige de cada um de nós o reconhecimento de que este é o caminho. De que buscamos por melhores prática de atenção à saúde e que este movimento precisa ser iniciado por nós, quando nos desafiamos e quando nos propomos de fato pensar em propostas formativas que fomentem a consolidação das políticas de saúde vigentes.

5 PROPOSTA DE PRODUTO – MATRIZ CURRICULAR

Figura 1 - Proposta de Matriz Curricular

<i>INTEGRALIDADE-VIVÊNCIA - EXPERIÊNCIA-SIGNIFICADO-INTERVENÇÃO-TRANSFORMAÇÃO</i>				
SEMESTRES	DISCIPLINAS	ATIVIDADES ACADÊMICAS	CENÁRIOS DE PRÁTICA	
Enfermagem Território Cuidado	1	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto histórico e social da profissão. - Componentes morfológicos e psíquicos do ser humano. - Políticas de saúde e o processo saúde doença. 	<ul style="list-style-type: none"> - A enfermagem como prática social no contexto da comunidade. - Aspectos da vigilância a saúde com incorporação no processo saúde-doença dos aspectos sociais, ambientais e biológicos. - Conhecer o território onde se vive, pensando no cuidado antes do serviço. - Mapeamento dos determinantes do porque as pessoas adoecem. - Conhecer a realidade de saúde regional e as necessidades dessa população individualmente e coletivamente. - Compreender as políticas públicas em saúde. - Iniciação a metodologia científica. 	<ul style="list-style-type: none"> - ESF e seu território. - Laboratórios de enfermagem, estrutura e função e de simulação.
	2	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de cuidado e o território. - Enfermagem, educação e saúde. - Enfermagem saúde e ambiente. - Letramento acadêmico nas práticas sociais em enfermagem. 		
Cuidado Integral em Saúde	3	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciação ao ato de cuidado. - Enfermagem na atenção básica. - Atenção integral a saúde do idoso. - Saúde mental: cuidado em todos os níveis de atenção. - Prevenção e controle de doenças transmissíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a prática do cuidado: exame físico e suas alterações. - Introdução ao cuidado do indivíduo hospitalizado. - Identificar a gestão do cuidado em saúde: utilizar a sistematização da assistência de enfermagem. - Identificar a rede de cuidado em saúde mental. - Pensar no cuidado integral, as redes de atenção e saúde (RAS) conceituar as linhas de cuidado - Análise dos dados em saúde como ferramenta de apoio a elaboração do cuidado coletivo em determinado território de saúde. - Compreender os níveis de atenção de forma horizontal. - Identificar as necessidades de saúde e elaborar plano de cuidado. - Ampliar a gestão e gestão do trabalho da enfermagem. - Estimular projetos de pesquisa. 	<ul style="list-style-type: none"> - ESF. - Instituições de atenção ao idoso. - Experiências em SMS, CRS e CMS. - CAPS. - Hospital. - Laboratórios.
	4	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão e planejamento dos serviços de saúde. - Ética em pesquisa e intervenção em saúde. 		
Cuidado Integral e as Linhas de Cuidados	5	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção integral a saúde da mulher e recém nascido. - Atenção integral a saúde da criança e adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades de saúde ao usuário e elaborar um plano de cuidados individual com apoio da família e equipe de saúde do cenário. - Identificar as linhas de cuidado e as redes de atenção. - Estabelecer ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. - Utilizar indicadores gerais de saúde. - Identificar recursos disponíveis nesses cenários. - Desenvolver capacidade de liderança. - Iniciar o projeto de pesquisa relacionado ao trabalho de conclusão do curso. 	<ul style="list-style-type: none"> - ESF. - Hospital. - Laboratórios.
	6	<ul style="list-style-type: none"> - Empreendedorismo e tecnologia. - Projeto de pesquisa e agências de fomento. 		
	7	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção integral a saúde do adulto. - Atenção integral ao adulto crítico. - Atenção integral as urgências. - Mundo do trabalho e empregabilidade. - Gestão em serviços de enfermagem. 		
Prática Integral da Saúde	8		<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer a rede de atenção e saúde e as linhas de cuidado - Gestão do cuidado assistencial e gerencial nos diferentes níveis de atenção - Modelos de gestão existentes - Estabelecer ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação - Identificar as necessidades de saúde ao usuário e elaborar um plano de cuidados individual com apoio da família e equipe de saúde do cenário - Cuidado ao usuário hospitalizado com foco nas pessoas e comunidade - Identificar a gestão do cuidado em saúde - Como entrar no mundo do trabalho, pensar as possibilidades de carreira e tudo que a profissão oferece 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital - SAMU - ESF
	9	<ul style="list-style-type: none"> - Estágio supervisionado - I e II - TCC 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão e organização do processo de trabalho em saúde e investigação científica. - Planejamento e avaliação do processo de trabalho em saúde. - Identifica as necessidades de saúde e elabora plano de cuidados ao indivíduo e coletivo. 	
	10		<ul style="list-style-type: none"> - Utilização da sistematização da assistência de enfermagem. - Planeja o processo de trabalho junto a equipe de saúde interdisciplinar. - Envolvimento no processo de educação permanente em saúde das instituições. 	

Fonte: Autor (2016).

Na perspectiva de reforçar o compromisso social e político e atender as exigências de novos modelos de formação no ensino superior, a amostra de matriz curricular acima servirá de sugestão para a implementação de um Curso de Enfermagem que venha ao encontro da Legislação Nacional, do Plano de Desenvolvimento Institucional e do Regimento Unificado das Faculdades Integradas Machados de Assis, visando atender às necessidades da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

A proposta de matriz curricular exposta, nasce a partir das discussões do Grupo Focal, tendo como referencial para sua composição dos participantes o Quadrilátero da Formação para área da saúde, proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004a), portanto atende ao art. 9º da Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que fala da necessidade de ser construído de forma coletiva e com formação integral e articulação com o serviço. Como determinado na legislação é preciso respeitar uma carga horária mínima de 4000 horas, sendo 20% desse total reservado ao estágio supervisionado na atenção básica e ambiente hospitalar nos dois últimos semestres. O tempo de integralização mínimo é de 5 anos ou 10 semestres, o turno de funcionamento do curso será noturno. A forma de ingresso será anual e nesse momento manteremos a matriz curricular dividida em semestres. Futuramente em nova revisão do projeto pedagógico poderemos pensar em uma matriz seriada em ano e não semestre, isso, demanda maior solidez do projeto e uma compreensão dos atores envolvidos no processo, como gestores da instituição de ensino, dos docentes dos alunos e da comunidade do serviço e usuários.

O Conselho Nacional de Educação, de acordo com o art. 6º, Res. do CNE/CES Nº 3, de 07 de Novembro de 2001 que trata das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, determina que sejam oferecidas disciplinas, cujos conteúdos devam contemplar as seguintes áreas temáticas: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais Aplicadas e a Ciência da Enfermagem (Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem).

Não está exposto a carga horária das disciplinas na proposta acima, bem como também não dividimos as disciplinas nos respectivos semestres, colocamos de maneira geral o que deverá ser estudado, mas estaremos contemplando nos semestres os conteúdos das áreas temáticas estabelecidas na resolução do CNE/CES.

Para superar a fragmentação curricular assume-se o compromisso de apresentar uma proposta de prática que assegure um caminho de aprendizagem que implique articulação dos conteúdos e práticas em torno da Integralidade da Atenção, possibilitando o desenvolvimento das competências e habilidades previstas para o perfil profissional e essenciais para práxis diária. Desta forma, poderá se potencializar as características e requisitos intelectuais básicos, tais como autonomia, cuidado integral à saúde, humanização, iniciativa, capacidade de resolução de problemas com responsabilização, criatividade, ética para enfrentarem a realidade do trabalho em saúde.

A matriz curricular foi pensada em atender uma sugestão do grupo focal que foi de inserção do aluno no contexto local desde o primeiro semestre, sendo esta geração de questionamentos de aprendizagem, para desta forma buscar articular a teoria com a prática no desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem. A sequência estabelecida para o desenvolvimento da matriz permitirá ao aluno entrar em contato o mais cedo possível com a realidade social e dos serviços de saúde, com um grau de complexidade compatível com o nível de informações e amadurecimento do mesmo. Conectando o estudante a vida cotidiana, buscando articulação entre as disciplinas a partir de experiências vividas num determinado cenário de ensino-aprendizagem, ter o entendimento do que está acontecendo e o que o estudante pode fazer com os problemas identificados e como ele poderá intervir numa dada realidade enquanto profissional de enfermagem e processo de formação.

Cada semestre é constituído como um conjunto de componentes curriculares com conteúdo teórico e prático afins, para desenvolver no aluno a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios do campo profissional como iniciativa, responsabilidade e capacidade para interagir com outros atores, mobilizando saberes, habilidades e valores para a ação.

Oportunizar a diversificação dos espaços de aprendizagem, incluindo os vários locais do exercício profissional como *lócus* do processo de ensino-aprendizagem com incorporação do aluno, docente e com a participação dos profissionais do local e a comunidade, não reduzindo esses espaços a apenas laboratório de aprendizagem, mas acreditando ser um potencial de mudança na formação. Tomando a realidade concreta e os reais problemas como elemento para o processo ensino-aprendizagem, possibilitar ao aluno a compreensão dos múltiplos determinantes da condição de vida

e saúde da população, na intenção de deixar marcas como agente transformador do espaço e processo.

Como colocado na matriz, no início da graduação o aluno já será inserido no contexto das realidades de saúde, através do mapeamento dos territórios, do porque as pessoas adoecem, relacionar as políticas públicas de saúde. Pensar nas outras dimensões do processo saúde-doença que não estão colocadas nos modelos tradicionais da terapêutica, como as condições de vida, trabalho e cultura. Também será apresentado a necessidades da reflexão crítica para produção de pesquisa.

No caminhar da graduação o aluno irá conhecer a prática do cuidado com articulação do adoecer biológico e suas subjetividades através do exame físico e suas alterações, tendo como cenários a atenção básica e introdução do cuidado a pessoa hospitalizada. Identificar as necessidades de saúde individuais e coletivas afim de pensar a gestão do cuidado. Deve conhecer e reconhecer as redes de atenção a saúde e identificar de forma horizontalizada os níveis de atenção a saúde, afim de refletir a responsabilização de cada nível tendo como centro dessa atenção o usuário.

Como sugerido pelo grupo focal, o aluno no decorrer do curso, deve ter o conhecimento do conceito e aplicação prática das linhas de cuidado, identificar e refletir essa ação enquanto política pública de saúde nos cenários que serão utilizados, bem como sua articulação necessária dos espaços de atenção básica com o serviço hospitalar. Buscar informações e ter visão crítica dos indicadores gerais de saúde da população regional, estadual e nacional, para embasar e estabelecer planos de cuidados individuais e coletivos com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde. Durante todo o percurso de formação o aluno terá situações nos cenários para desenvolvimento da sua capacidade de liderança, através da utilização de problemas ou acontecimentos encontrados nos espaços de prática que serão problematizados em sala de aula. Será uma ferramenta aliada para a gestão do cuidado assistencial e gerencial do processo de trabalho do enfermeiro.

Ficando para a parte final da matriz curricular, como estabelecido nas DCN, o aluno irá para a etapa de estágio supervisionado I e II, terá como cenários a atenção básica e hospitalar com tempo ampliado de inserção e aproximação com as equipe e suas comunidades. Nesse momento o aluno pegará o seu “guarda-conhecimento” construído durante anos, com todas as suas gavetas com suas respectivas caixas e colocará em prática de vivência continuada nesses espaços com equipe e população. Possibilitará realizar a gestão e organização do trabalho em saúde com ênfase em

trabalho interdisciplinar, procurando envolvimento e desenvolvimento de ações de educação permante em saúde das instituições com vistas a possibilidade de mudança efetiva de práticas em saúde com foco central o usuário.

Queremos com essa proposta de matriz que o aluno tenha uma formação voltada para as competências gerais descritas nas DCN, (atenção a saúde, comunicação, tomada de decisão, liderança e administração e gerenciamento), que são essenciais para todo profissional de saúde, sendo capaz de problematizar as realidades e as práticas executadas com vistas a desenvolver raciocínio crítico com a intenção de transformação desses espaços e cenários de atenção à saúde (BRASIL, 2001a).

Assim, essa proposta de matriz curricular do curso de Enfermagem da FEMA busca ativar mudanças no perfil do profissional a ser formado, adequando seu currículo e suas práticas pedagógicas para que estejam embasados pelos princípios e diretrizes do SUS. Buscando um envolvimento crescente de docentes nas reflexões, lutas e propostas de mudanças na formação dos futuros enfermeiros, com a melhoria da qualidade do ensino e da prestação de serviços de saúde à população, desta forma ficou definido no grupo focal que o perfil desejado para o egresso seja de um enfermeiro generalista que compreenda os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde comprometido com as necessidades sociais de saúde individual e coletiva para garantir a integralidade da assistência em todos os níveis de atenção à saúde.

Assumir a integralidade da atenção como eixo central no processo de formação através da matriz curricular exigirá uma mobilização e envolvimento constante dos docentes, discentes, profissionais do serviço, gestores e comunidade para que efetivamente tenhamos como centro das nossas práticas do trabalho em saúde o usuário.

Para atender e atingir esse objetivo é necessária articulação do ensino com trabalho e comunidade, para tal precisamos de locais de prática que deem conta de problematizar as diversas realidades que poderemos encontrar. Os principais possíveis cenários de prática para o novo curso foram debatidos no GF, o município de Santa Rosa é sede da 14ª CRS que abrange mais vinte e dois municípios, totalizando uma população de 233.014 habitantes (IBGE, 2013). Todos os municípios aderiram à Estratégia de Saúde da Família (ESF) como diretriz para a organização dos serviços de Atenção Básica. A área que abrange a 14ª CR também é o principal território do Curso de Enfermagem da FEMA.

Santa Rosa está habilitada à Gestão Plena de Atenção à Saúde e atua como referência na prestação de serviços como oncologia, neurologia, nefrologia e traumatologia. A rede de atendimento público à saúde é gerenciada pela Fundação Municipal de Saúde (FUMSSAR), sendo composta por dezenove Unidades de Básicas de Saúde, todas orientadas pela ESF. Há também o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Hemocentro de abrangência regional, além do centro de referência à saúde do trabalhador.

Em relação a rede hospitalar, o município conta com três hospitais, um considerado hospital dia, referência em saúde do homem, dois hospitais de caráter filantrópico com leitos de internação clínicos, cirúrgicos e terapia intensiva, totalizando 220 leitos cadastrados no SUS, que atendem ao sistema público e plano privado. Uma destas instituições é referência regional no atendimento na rede de urgência e emergência, contando com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pronto socorro, Unidade de Terapia Intensiva Adulta, Neonatal e Pediátrica (cadastradas na central de leitos do estado), sendo referência no atendimento para pacientes neurocirúrgicos. A outra instituição hospitalar referida possui caráter importante na saúde municipal. Possui 71 leitos e conta com unidades de internação clínica e cirúrgica além de uma nova unidade de terapia intensiva adulta, com 10 leitos. A instituição é referência no atendimento a pacientes com problemas relacionados à saúde mental. O município também dispõe de casas de atendimento especializadas no cuidado do idoso, tendo como referência o Lar do Idoso que atende mais de 60 internados.

Pensamos em colocar os alunos nos diferentes cenários de ensino-aprendizagem e espaços de atenção à saúde o mais breve possível e que isso seja constante durante todo o processo de formação, pois a integralidade da atenção implica em práticas em todos os níveis de atenção nos diferentes âmbitos do SUS.

Acreditamos que existe diversidade de cenários para integrar os alunos ao serviço em todos os níveis de atenção à saúde dentro do município e poderemos contar com outros convênios nas cidades próximas para efetivamente conhecermos e refletirmos a realidade regional em saúde com vistas as necessidades atuais e futuras de saúde da população com potencial de transformação dessas realidades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa se teve como objetivo geral, propor marcadores pedagógicos que subsidiem a elaboração de um projeto pedagógico para um curso de graduação em enfermagem no município de Santa Rosa-RS, para tal, utilizamos como metodologia de coleta de dados o grupo focal e como dispositivo para compor esse grupo, o quadrilátero da formação para área da saúde proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004a) com participantes da área do ensino, da gestão, da atenção e do controle social, oferecendo dessa forma, uma dimensão de concepção coletiva do caminho a ser percorrido por esse novo curso de enfermagem.

Mudanças na formação do profissional em saúde vêm ocorrendo e são necessárias, no sentido, de aproximar os conceitos e princípios do SUS para possibilitar uma atenção integral com processos de formação estruturados em práticas de saúde voltadas aos interesses dos usuários.

Vimos que muitos movimentos para essa mudança na formação do enfermeiro e dos demais profissionais da área da saúde foram sendo realizado ao longo do tempo, fatos importantes como a reforma sanitária, a redemocratização do país na década de 80, a Constituição Federal de 1988, a criação do SUS com o relatório da VIII CNS, a Lei organiza da Saúde 8080/1990 e a criação das DCN em 2004, contribuíram para o processo de transformação dos currículos, traçando um perfil de profissional desejado que seja implicado com um saber crítico-reflexivo das realidades de saúde e voltado para atenção integral em saúde.

Ainda é muito difícil atender essas proposições de mudança, pois permanece “certo” distanciamento das instituições do setor saúde com o setor educação, levando os processos de ensino-aprendizagem afastados das reais necessidades de saúde da população, prejudicando a busca de alcance do ideal de integralidade.

Entendemos para que os currículos sejam orientados através das diretrizes do SUS, indo ao encontro do cuidado integral, se faz necessário transpor a característica hegemônica do paradigma biologicista, hospitalocêntrica, procedimento centrada e fragmentária na formação em saúde. Devemos procurar estabelecer sucessivas e constantes aproximações e diálogo entre os setores do ensino (educação), saúde (gestão e atenção) e população com o propósito de responder as necessidades de

saúde individual e coletiva da população e desta forma percorrer o trajeto da integralidade do cuidado.

A formação para área da saúde deve englobar aspectos de produção de subjetividade, incorporação das outras dimensões do processo saúde-doença com adequado conhecimento do SUS, abordar dimensões de prevenção e promoção da saúde, saindo da única referência dos aspectos diagnósticos e tratamento de doenças, para adequação desse processo formativo, a melhor síntese é a noção de integralidade permeada tanto no campo da atenção quanto no campo da gestão dos serviços.

É preciso pensar em processo de ensino-aprendizagem que esteja contextualizado com escuta das reais necessidades daqueles que recebem o cuidado e necessariamente proporcionar sentido e significado para as práticas e desta forma levar a transformações necessárias das realidades e do processo de trabalho em si.

No caminho de reorientar o processo de ensino-aprendizagem e transpor o modelo flexneriano a matriz curricular em tela busca assumir e direcionar, na formação do enfermeiro, a integralidade da atenção como fio condutor do projeto pedagógico, articulada com os diversos cenários de atenção a saúde disponíveis, com significação de teoria-prática constantes e estando no contexto dos indivíduos e coletivos.

Existem cursos que tem currículos embasados na perspectiva da integralidade, ao menos no plano teórico, essa dificuldade de colocarmos em prática, transformando-a em ações de novos processos de cuidar, é uma preocupação pertinente e importante que temos em relação a proposta de matriz do estudo como base para o novo curso.

Como estratégia para alinhar a integralidade da atenção no campo teórico com o campo prático na formação, será imprescindível a articulação composta no nível macropolítico do ensino, atenção, gestão e controle social, para desta maneira discutir os processos pedagógicos vinculados a realidade local, a diversidade e reais necessidades de saúde da população.

A proposta da matriz que dará sustentação ao curso se apresenta na perspectiva com a preocupação de alcançar a integralidade em consonância com as diretrizes e políticas públicas de saúde, adequado conhecimento e compromisso com o SUS, certamente encontraremos situações de enfrentamento de ideias e forças assentadas no modelo hegemônico de atenção a saúde, principalmente nos cenários

que serão utilizados, para conseguir superar, nos colocaremos em constante debate e diálogo com os diversos sujeitos corresponsáveis pelo processo de formação discutindo o modelo pedagógico adotado para atingir o perfil de profissional desejado.

Apresentamos uma matriz curricular em disciplina, de certa forma fragmentada, mas apostaremos em metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem e no projeto pedagógico está descrita a metodologia utilizada, que será a da problematização que segundo Berbel (1995) fundamenta-se na educação coletiva, ou seja, como uma prática social e não individual e que tem sido considerada uma estratégia pedagógica na área da saúde.

Além disso, justifica que a problematização ocorre a partir da percepção de um fato problemático, inquietante, inadequado ou instigante vivenciados pelos indivíduos. A integração com essa dinâmica cotidiana possibilita a ampliação dos horizontes e da autonomia de pensar sobre a realidade e seus problemas, as ações e escolhas, bem como o desenvolvimento da consciência crítico reflexiva de si, do outro e do meio, preparando-o como enfermeiro-cidadão para uma ação transformadora da prática social.

Todos esses aspectos foram reforçados nos marcadores pedagógicos elencados a partir da coleta dos dados, reforçando que o caminho a ser percorrido é o de conhecer a realidade aonde o curso está inserido para alcançarmos o objetivo da integralidade da atenção em saúde e propor novas soluções para os problemas de saúde encontrados.

Para que seja possível um novo modo de formação de enfermeiros, a proposta da matriz em tela tem essa intenção, é premente a orientação desse processo formativo através das necessidades de saúde da população, com integração do ensino com serviço efetiva e bidirecional, construindo um alicerce sólido para transformação das práticas de atenção e do processo de trabalho e entendendo de que de fato a integralidade será uma realidade na atenção quando compreendermos o usuário e seus problemas como centro da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S.; CORREIA, L. M.; LIMA, J. C. Planejamento como eixo norteador na gestão de instituições de ensino superior na enfermagem. In: VALE, E. G. (Org.). **Programa de atualização em enfermagem: gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Ciclo 2, v. 3, p. 129-158.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processo de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 375-380, mar./ago. 2004.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da Integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, supl. 1, p. 20-31, jun. 2007.

AYRES, J. R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-84.

AYRES, J. R. Prefácio à oitava edição. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011. p. 11-14.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARROS, M. E. B. Desafios éticos-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac, 2004.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. **Semina: Cio Soc/Hum**, Londrina, v. 16. n. 2., p. 9-19, out. 1995.

BERNARDINO, E.; AUED, G. K.; PERES, A. M. Liderança e construção de relacionamentos na organização de serviços de saúde. In: VALE, E. G. (Org.). **Programa de atualização em enfermagem: gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Ciclo 2, v. 4, p. 9-28.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CES/CNE nº 3, de 07 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 22 maio 2016.

_____. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986, Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 29 maio 2016.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 18 maio 2016.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 22 maio 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES 1133/2001**. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203/96**. Institui a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS01/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 22 maio 2016.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social UERJ, 2003. p. 35-44.

CARBOGIM, F. C. **Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: um enfoque histórico-cultural**. 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005a.

_____. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005b. p. 259-278.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 69-92.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. A construção de linhas do cuidado como caminho para a integralidade, também no interior da educação dos profissionais de saúde. IN: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 7., 15 a 16 jul. 2006, Curitiba. **Anais...** Texto didático (Oficina 30 – A construção de linhas do cuidado como caminho para a integralidade). Curitiba, 2006b.

_____. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006a. p. 165-184.

_____. Residência integrada em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 211-224.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. Mudança na graduação das profissões sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out., 2004b.

_____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 117-130.

CHIRELLI, M. Q.; ARGERTON, A. P. R.; RODRIGUEZ, A. G. O sentido da aprendizagem reflexiva na formação do enfermeiro: a construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ateliês do VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 309-329.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 194/1997**. Brasília: COFEN, 1997. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1941997_4251.html>. Acesso em: 29 maio 2016.

CORBELLINI, V. L. et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 555-560, jul./ago. 2010.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação e Sociedade: Estudos**, Paraíba, v. 20, n. 2, p. 1-12, 2000.

FÁVERO, M. L. A. A universidade no Brasil: das origens à reforma universitária de 1968. **Educar**, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006.

FELIPPE, K. C. et al. A integralidade do cuidado sustenta o novo currículo de Enfermagem do UNIFESO. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ateliês do VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 277-291.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCKANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1-13.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: RAMB, 2002.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em saúde em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Liber, 2005. (Série pesquisa).

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Site**. [2013]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: jan. 2014.

KAWATA, L. S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas de gestão. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-320, abr./jun. 2009.

LEONELLO, V. M.; MIRANDA NETO, M. V.; CAMPOS OLIVEIRA, M. A. A formação superior de enfermagem no Brasil: uma visão histórica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. esp. 2, p. 1774-1779, 2011.

LUCHESE, R. et al. As políticas públicas de saúde - SUS- como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, set. 2010.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2007.

MACEDO, M. C. S. et al. Experiências de formulação teórico-metodológica da pesquisa. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 277-294.

MARCH, C.; FERNANDES, V. S.; PINHEIRO, R. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 179-204.

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

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 43-68.

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NÓBREGA-TERRIEN, S. M. et al. Projeto político pedagógico: concepção, construção e avaliação na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 679-686, 2010.

OLSCHOWSKY, A.; FERREIRA, S. R. Residência integrada em saúde: uma das alternativas para alcançar a integralidade de atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ateliês do VII Seminário do Projeto Integralidade**: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 139-152.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe sob a perspectiva Interprofissional. In: VALE, E. G. (Org.). **Programa de atualização em enfermagem**: gestão. Porto Alegre: Artmed, 2009. Ciclo 1, v. 3, p. 9-40.

PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M.; HEMMI, A. P. A. Integralidade nas ações cotidianas de gestores e trabalhadores do setor saúde: um estudo de caso no município de Belo Horizonte- MG. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ateliês do VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 196-213.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. A experientiação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 13-34.

PONTES, A. L. M.; SILVA JÚNIOR, A. G.; PINHEIRO, R. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino e aprendizagem. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 251-274.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos: ensino aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 205-227.

SALDANHA, O. M. F. L. **Clínica-escola: discussão e desafios na educação superior da saúde.** 2013. 155 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G. Redes sociais, rede de saúde e integralidade do cuidado: experiência de trabalho e investigação na atenção a pacientes com câncer. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ateliês do VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 243-253.

SAUPE, R.; CESTARI, M. E. O trabalho coletivo na construção do projeto político pedagógico dos cursos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** Goiânia, v. 4, n. 2, p. 22-26, 2002.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JÚNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 95-110.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, R. P. G.; RODRIGUES, R. M. Sistema único de saúde e a graduação em enfermagem no Paraná. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 1, 66-72, 2010.

SILVA, S. C. M. **O ensino da saúde sob rodas em rede**: cenários possíveis da educação superior na profissão do cuidado. 2010. 155 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SOUSA, Afra Suelene de; OLIVEIRA, Maria Luiza Menna de; LEITE, Maria Cecília Lorea. Currículo e competências: concepção, desafios e desdobramentos. In: **AMPED SUL**: Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, 9. 2012. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2012/Curriculo/Trabalho/05_12_42_941-7611-1-PB.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da pesquisa em saúde**: fundamentos essenciais. Curitiba: As Autoras, 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. EducaSaúde. **Curso de especialização em docência na saúde**: currículo, inovações educacionais e prática docente em Saúde. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014b.

_____. EducaSaúde. **Curso de especialização em docência na saúde**: o protagonismo docente diante dos compromissos da formação com o SUS. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014a.

VALE, E. G.; OLIVEIRA, S. C. Ferramentas de gestão em enfermagem. In: VALE, E. G. (Org.). **Programa de atualização em enfermagem**: gestão. Porto Alegre: Artmed, 2011. Ciclo 1, v. 3, p. 41-82.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Paulo Roberto Mix, e-mail pmix10@yahoo.com.br/ telefone (55) 96856555, sou aluno do programa de pós graduação em enfermagem Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS e, juntamente com minha orientadora, professora e pesquisadora Dra. Simone Edi Chaves, e-mail Simonechaves2@gmail.com/ telefone (51) 81777704, estamos realizando uma pesquisa, cujo título é A ELABORAÇÃO DE MARCADORES PEDAGÓGICOS QUE SUBSIDIEM A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO PARA UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM . O objetivo principal desta pesquisa é Propor marcadores pedagógicos que subsidiem a elaboração de um Projeto Político Pedagógico para um curso de graduação em enfermagem no Município de Santa Rosa.

Nesta pesquisa iremos realizar 3 encontros de grupo focal com 8 participantes sendo estes: 2 enfermeiros docentes, 2 enfermeiros assistenciais, 2 gestores da dos locais de campo de prática (hospital e rede básica) e 2 representantes dos usuários.

Os encontros do grupo focal serão gravados em áudio e também anotações pelo pesquisador e pelo anotador ajudante para que todas as informações possam ser utilizadas. Estamos convidando você para participar desta pesquisa e para isto informamos e nos comprometemos que:

- A identidade do participante será preservada, pois não serão divulgados nome e informações que possam identificar participantes e/ou local da pesquisa;
- Os dados obtidos serão utilizados apenas para os fins da investigação científica;
- O participante poderá desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum;
- Os participantes sempre poderão obter informações sobre o andamento da pesquisa e/ou seus resultados;
- Este estudo é de inteira responsabilidade do pesquisador;
- os riscos em participar do estudo são mínimos e será oferecido o setor de apoio pedagógico da instituição para que os participantes que necessitarem

Todo o material da pesquisa ficará de posse do pesquisadora e após 5 anos será incinerado, incluído as fitas de gravação.

O participante afirma que compreendeu o objetivo e a metodologia da pesquisa e está disposto a participar dela e autoriza a gravação da entrevista.

Este termo é assinado em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via em poder do sujeito pesquisado e a outra depositada nos arquivos da Universidade sob responsabilidade da coordenadora da pesquisa.

São Leopoldo, _____ de _____ de 2013

Assinatura do Participante

Simone Edi Chaves Orientadora

Paulo Roberto Mix

Av. Unisinos, 950 Caixa Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio Grande do Sul Brasil
Fone: 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 <http://www.unisinos.br>

APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA**Fundação Educacional Machado de Assis- Santa Rosa - RS****TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MACHADO DE ASSIS ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Projeto de pesquisa intitulado: A ELABORAÇÃO DE MARCADORES PEDAGÓGICOS QUE SUBSIDIEM A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO PARA UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Eu, _____,
responsável pela Fundação Educacional Machado de Assis, tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa supracitado, desenvolvido por Paulo Roberto Mix, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal desta escola.

Santa Rosa, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do Diretor Executivo

Carimbo:

APENDICE C – ROTEIRO DISPARADOR DO GRUPO FOCAL

1. Primeiro encontro:

- A) Será realizado apresentação de todos os participantes, com entrega do crachá de identificação e todas as explicações sobre o objetivo da pesquisa bem como orientações sobre a dinâmica dos encontros.
- B) O grupo iniciará com o filme Integridade, que está disponível no youtube com o link <https://www.youtube.com/watch?v=72qjpRHbv9s> como elementos disparador da discussão.
- C) Num segundo momento a partir do filme o debate será pautado no perfil do egresso, quem queremos formar?

2. Segundo encontro:

- A) Leitura da síntese do encontro anterior e após será entregue aos participantes as competências gerais contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais como elemento disparador do debate.
- B) Será lançado um questionamento: Como integramos as atividades entre Instituições de Ensino Superior e os serviços de saúde para atender as DCN?

3. Terceiro encontro:

- A) A partir dos debates anteriores quem queremos formar para atender as necessidades da região, quais seriam os principais marcadores pedagógicos para um novo curso de enfermagem na região localizado no município de Santa Rosa?
- B) Debater os principais temas e necessidades de saúde da região como subsídio para elaboração de uma matriz curricular.

ANEXO A – PARECER DO CEP



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão agosto/2013

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 089/2015

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 15/102 **Versão do Projeto:** 13/07/2015 **Versão do TCLE:** 13/07/2015

Coordenador:

Mestrando Paulo Roberto Mix (Mestrado Profissional em Enfermagem)

Título: A elaboração de marcadores pedagógicos que subsidiem a construção de um projeto político pedagógico para um curso de graduação em enfermagem.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O pesquisador deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 13 julho de 2015.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, Paulo Roberto Mix, sou aluno do Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS e, juntamente com minha orientadora, professora e pesquisadora Dra. Simone Edi Chaves, estamos realizando uma pesquisa, cujo título é "A elaboração de marcadores pedagógicos que subsidiem a construção de um projeto político pedagógico para um curso de graduação em enfermagem". O objetivo principal desta pesquisa é propor marcadores pedagógicos que subsidiem a elaboração de um Projeto Político Pedagógico para um curso de graduação em enfermagem no Município de Santa Rosa.

Nesta pesquisa iremos realizar 3 encontros de grupo focal com 8 participantes sendo estes: 2 enfermeiros docentes, 2 enfermeiros assistenciais, 2 gestores da dos locais de campo de prática (hospital e rede básica) e 2 representantes dos usuários. Os encontros do grupo focal serão gravados em áudio e também anotações pelo pesquisador e pelo anotador ajudante para que todas as informações possam ser utilizadas.

Estamos convidando você para participar desta pesquisa. A sua identidade será preservada, pois não serão divulgados nomes e informações que possam identificar participantes e/ou local da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados apenas para os fins da investigação científica.

Poderá desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum e sempre poderão obter informações sobre o andamento da pesquisa e/ou seus resultados. Este estudo é de inteira responsabilidade do pesquisador. Os riscos em participar do estudo são mínimos e será oferecido o setor de apoio pedagógico da instituição para que os participantes que necessitarem. Todo o material da pesquisa ficará de posse do pesquisador e após 5 anos será incinerado, incluído as fitas de gravação.

Em caso de dúvidas e ou esclarecimentos que se fizerem necessários poderá contatar o pesquisador Paulo Roberto Mix, pelo e-mail pmix10@yahoo.com.br, telefone (55) 96856555.

Este termo é assinado em duas vias, ficando uma via em poder do participante da pesquisa e a outra ficará nos arquivos da Universidade, sob responsabilidade da coordenadora da pesquisa.

São Leopoldo, _____ de _____ de 2015.

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 15 / 07 / 15
JP

Assinatura do Participante

Paulo Roberto Mix