

Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Fábio da Costa Carbogim

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO:
um enfoque histórico-cultural**

Juiz de Fora
2012

Fábio da Costa Carbogim

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO:
um enfoque histórico-cultural**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich

Coorientadora: Profa Dra Teresa Cristina Soares

Juiz de Fora

2012

Carbogim, Fábio da Costa.

Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: um enfoque histórico-cultural / Fábio da Costa Carbogim. – 2012.

126 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Enfermagem. 2. Educação em enfermagem. 3. Currículo. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM
TEL. (032) 21023297 - EMAIL: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



TERMO DE APROVAÇÃO

Título da Dissertação: INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: um enfoque histórico-cultural.

Nome do aluno: Fábio da Costa Carbogim

ORIENTADOR (A): Denise Barbosa de Castro Friedrich

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 2 / 04 / 2012

Prof. Dr. Jader Janer Moreira Lopes
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Teresa Cristina Soares
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Dedico este trabalho a todas as mulheres:
mães, educadoras, enfermeiras...
Onde quer que estejam, transformam o mundo pelo cuidado.
Em especial, minha mãe, Tereza, exemplo de garra e
determinação,
Tia Mercês – mãe do coração – (in memoriam)
e a Professora Denise, que, mesmo diante da adversidade,
continuou caminhando e superou os percalços de forma
serena.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para meu desenvolvimento acadêmico/profissional. Sou o resultado da confiança e do empenho de cada um de vocês.

Em especial, agradeço:

Aos meus queridos pais, Gabriel e Tereza, o amor, o incentivo e a disponibilidade incondicional em todos os momentos da minha vida.

Ao Marco, que sempre me apoiou e incentivou nesses 11 anos, suportando momentos de ausência em que estive inclinado ao trabalho e estudo. Tenho a certeza que de tal ausência será compensada com um futuro mais tranquilo e prazeroso!

Aos grandes mestres da minha vida:

À Professora Denise Barbosa de Castro Friedrich, orientadora e amiga, que, durante os dois anos de mestrado, pacientemente, auxiliou-me e encorajou-me na superação das incertezas, subsidiando novas reflexões e construções.

À Professora Teresa Cristina Soares, pela contribuição nas leituras, correções e sugestões preciosas e por ter aceitado a coorientação da dissertação.

À Professora Edna Aparecida Barbosa de Castro, por ter influenciado na escolha da teoria histórico-cultural que fundamenta este trabalho, por ter aceitado participar da banca examinadora e por ter feito ricas sugestões.

Ao Professor Marcelo da Silva Alves, Cristina Arreguy-Sena, Girlene Alves da Silva, desde a graduação, passando pela residência e, agora, no mestrado – são, para mim, exemplos de competência e dedicação à ciência e à profissão.

Aos demais professores do mestrado que, brilhantemente, fazem a diferença: Professora Anna Maria de Oliveira Salimena, Professora Betânia Maria Fernandes, Professora Ieda Maria Ávila de Vargas Dias; Professora Rosângela Greco, Professora Sônia Maria Dias, Professora Maria Carmem Simões, Professora Geovana Brandão Santana Almeida e Professora Zuleyce Maria Lessa Pacheco.

Agradeço ao Professor Jader Janer Moreira Lopes, as ricas exposições na disciplina Educação em Enfermagem acerca da teoria histórico-cultural e por ter aceitado solicitamente participar da banca examinadora.

Agradeço à Professora Maria Rizioneide Negreiros de Araújo a disponibilidade e por, tão prontamente, ter aceitado compor a banca examinadora.

Às minhas amigas do mestrado: Ana Beatriz Querino Souza, Fabíola Lisboa da Silveira Fortes, Fernanda Mazzoni da Costa, Flávia Andrade Fialho, Gisele da Cruz Ferreira, Juliana de Oliveira Faria, Katiusse Rezende Alves, Raquel Nogueira Avelar e Silva e Sibely Rabaça Dias da Costa. Olha, aprendi muito com vocês! Que saudades dos lanches (banquetes), da confraternização e partilha. Rumo ao Doutorado, vamos nós!

Não posso deixar de expressar meu profundo agradecimento aos amigos do Hospital Ascomcer: Adriana, Adriene, Cheila, Hanrielle, Luciane (Lu), Maria Paula, Mariana, Rachel. Enfermeiras amigas que estão guardadas do lado esquerdo do peito. Muito obrigado pelas trocas de plantão! Só assim, com a força e apoio de vocês, consegui chegar aqui.

*Ninguém educa ninguém,
ninguém educa a si mesmo,
os homens se educam entre si,
mediatizados pelo mundo.*

(Paulo Freire)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos professores.....	50
Quadro 2 – Caracterização dos alunos.....	51
Quadro 3 – Análise das falas com algumas unidades de sentido.....	55
Quadro 4 – Análise Documental: Unidades de Sentido para formação do enfermeiro a partir das DCNs e PPP.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNE	Conselho Nacional de Educação
CEEEnf	Comissão de Especialistas de Ensino em Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais para Graduação em Enfermagem
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
PPP	Projeto Político Pedagógico
SESu	Secretaria de Educação Superior
SENADEn	Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

RESUMO

O estudo trata do paradigma da integralidade do cuidado enquanto eixo norteador do processo formativo do enfermeiro. Tem por objetivo compreender os sentidos de integralidade do cuidado construídos na formação do Enfermeiro a partir da percepção dos professores e alunos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. De cunho qualitativo, o trabalho desenvolveu-se orientado pelo referencial teórico-filosófico da abordagem histórico-cultural, sustentada no pensamento de Vigotski. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com 11 docentes e 12 discentes de enfermagem. As falas foram interpretadas à luz da Hermenêutica-dialética, sendo examinadas e aclaradas através do movimento de pensamento entre os pontos de vista do autor, de teóricos e pelas concepções Vigotskianas. Os dados de fonte secundária foram obtidos de análise documental do Projeto Político-Pedagógico e Currículo do Curso. Da análise das entrevistas emergiram três categorias empíricas: percebendo e cuidando como um todo inter-relacionado; integralidade do cuidado no ensino de enfermagem: uma realidade em construção e o que temos e o que queremos: a integralidade na formação enquanto excelência técnica e relevância social. Da análise documental emergiram unidades de sentido, as quais foram representadas em um quadro, fazendo paralelo entre Diretrizes Curriculares Nacionais e o Projeto Político-Pedagógico do Curso. Pela análise dos dados, integralidade do cuidado é estabelecer relação com pessoas que demandam assistência (cliente/paciente), compreendendo suas necessidades em uma perspectiva multifacetada, expressa, dentre outros, pelo campo social, psicológico, econômico e espiritual. É através do vínculo com o usuário e do diálogo consciente que surgem as possibilidades de desenvolvimento e transformação dos estados de saúde/doença. Contudo, ainda há um apressado ao processo de aprendizado e cuidado especializado, racional e técnico, pobre em sentidos e significados enquanto valores-base para uma verdadeira relação terapêutica. Vislumbra-se a necessidade de articulação macropolítica, em uma rede interativa composta de múltiplos atores (Universidades/Faculdades, Gestores, Conselhos de saúde) que, com seus saberes, discutirão a dinâmica curricular do curso de acordo com a realidade local. Em nível institucional, a integralidade ainda é uma realidade em construção. Porém, evidenciaram-se processos de mobilização e discussão para

construção de um projeto ético-político-pedagógico condizente com as complexidades e demandas sociais. Apesar da estrutura curricular dividida por disciplinas, identificamos nas falas indícios do novo. Metodologias ativas, como a problematização, engendram caminhos para o conhecimento crítico-reflexivo. Conclui-se que a formação do enfermeiro, tendo em vista o interesse de múltiplos atores, requer projetos coletivos exequíveis e condizentes com as necessidades reais de formação para o cuidado humano, legitimando convergência dos conhecimentos à construção solidária da integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em Enfermagem. Currículo. Cuidados Integrais de Saúde. Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

The study deals with the paradigm of comprehensive care as a guiding principle of the formation process of nurses. Aims to understand the meanings of comprehensive care nurse in the formation of built from the perception of teachers and students of the School of Nursing, Federal University of Juiz de Fora. From a qualitative nature, the work developed by guiding theoretical and philosophical approach of historical-cultural, sustained in the thinking of Vygotsky. Data were obtained through interviews with 11 teachers and 12 nursing students. The speeches were interpreted in the light of hermeneutics-dialectics, being examined and clarified through the movement of thought between the views of the author, and the theoretical concepts Vigotskianas. The secondary data were obtained from documented analysis of the Political-Pedagogical and Curriculum Course. From the analysis of interviews revealed three empirical categories: sensing and caring as a whole interrelated, comprehensive care in nursing education: a reality in construction and we have and what we want: the integral formation as technical excellence and social relevance. Documentary analysis of meaning units emerged, which were you represent a frame, making parallels between the National Curriculum Guidelines and the Political-Pedagogical Project Course. For data analysis, comprehensive care is to establish relationship with people who require assistance (client / patient), understanding their needs in a multifaceted perspective, expressed, among others, by the social, psychological, economic and spiritual. It is through the link with the user and conscious dialogue emerging possibilities of development and transformation of states of health / disease. However, there is a rush to the learning process and specialized care, rational and technical meanings poor values as a basis for a genuine therapeutic relationship. Sees the need for macro policy coordination in an interactive network composed of multiple actors (Universities / Colleges, managers, boards of health) that, with their knowledge, discuss the dynamics of the course curriculum in accordance with local realities. At the institutional level, the completeness is still a reality in construction. However, become apparent mobilization processes and discussion to build an ethical-political-pedagogical consistent with the complexities and demands of society. In spite of the curriculum divided by disciplines, identified in the statements of the new evidence. Active methods such as questioning, generate

paths for critical and reflective knowledge. It is concluded that the training of nurses, in view of the interests of multiple stakeholders, requires collective projects feasible and consistent with the real needs of training for human care, legitimizing convergence of knowledge of the construction joint comprehensive care.

Key-Words: Nursing. Education, Nursing. Curriculum. Comprehensive Health Care. Health Manpower.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	18
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	18
2.2	FORMAÇÃO EM SAÚDE	23
2.3	FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	25
3	OBJETIVOS	33
3.1	OBJETIVO GERAL	33
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
4	REFERENCIAL TEÓRICO	34
5	PERCURSO METODOLÓGICO	42
5.1	TIPO DE ESTUDO	42
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	43
5.3	APROXIMAÇÃO DO CENÁRIO E SELEÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	48
5.4	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	49
5.5	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	52
5.6	ANÁLISE DOS DADOS	53
6	RESULTADOS	56
6.1	ANÁLISE DOCUMENTAL.....	56
6.2	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	58
6.2.1	Percebendo e cuidando como um todo inter-relacionado	59
6.2.2	Integralidade do cuidado no Ensino de Enfermagem: uma realidade em construção	64
6.2.3	O que temos e o que queremos: a integralidade na formação enquanto excelência técnica e relevância social	75
7	CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS	90
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICES	105
	ANEXOS	108

1 INTRODUÇÃO

No contexto da educação em enfermagem a construção de um currículo que rompa com a dicotomia entre teoria e prática, ciclo básico e profissionalizante, baseado em uma metodologia ativa e problematizadora, aplicada no sentido de viabilizar uma formação generalista, não é simples e requer mudanças de paradigmas.

Os valores e as atitudes básicas que orientarão a perspectiva de ação profissional para oferta do cuidado em saúde são alicerçados durante o processo formativo. Dessa forma, se por um lado apenas os sinais e sintomas e o enfoque no órgão doente forem a base da abordagem pedagógica, muito difícil será para o profissional ofertar um cuidado integral ao cliente. Por outro, a proposta histórico-cultural aplicada à construção do conhecimento em saúde poderia superar o modelo biomédico, indo do individual ao coletivo, do biológico ao histórico, do objetivo ao subjetivo.

A enfermagem, considerada em sua historicidade, calcou prioritariamente seus fundamentos modernos no modelo curativo, influenciando todo o porvir que ainda hoje representa o modelo vigente. Neste sentido, meu processo formativo foi baseado, salvo raras exceções, numa abordagem fragmentada, sendo constituído por disciplinas que se dividiam entre o ciclo básico e o ciclo profissionalizante, não havendo uma proposta pedagógica no sentido de contextualizar e integrar os conteúdos aprendidos, competindo ao aluno esse movimento.

Cabe ressaltar que não é uma particularidade da instituição na qual me graduei, mas um paradigma a ser superado nas instituições de ensino em saúde. Tal modelo formativo se baseia na proposta de Abraham Flexner¹, que, no início do século XX, direcionou a reformulação dos currículos médicos nos Estados Unidos, e que, até hoje, influencia a formação em saúde, prezando pela especialização excessiva, em busca de avanços tecnológicos (PAGLIOSA; ROS, 2008).

¹ Educador e pesquisador, foi responsável pela reformulação dos currículos médicos norte-americanos em 1910, através do Relatório Flexner. Este modelo, também conhecido como modelo flexneriano, determinou sua influência na medicina ocidental que passa a se valer de critérios extremamente especializados para intervenções sobre a parte do corpo doente (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Cursando a disciplina Educação em Enfermagem do programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Juiz de Fora, os questionamentos em relação à formação do enfermeiro se tornaram uma constante. Principalmente, porque, desde que me graduei, há oito anos, venho trabalhando em serviços que valorizam as tecnologias de saúde classificadas como duras², nos quais o cuidado é oferecido de forma fragmentada, o que contribuiu para que não percebesse quão ingênua e acrítica era minha prática de cuidado.

Destarte, o perfil de enfermeiros e sua formação tem influência direta sobre o Sistema de Saúde, e a implementação de um currículo direcionado para integralidade do cuidado permitirá aprimorar a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A integralidade, inicialmente, constituiu-se como um princípio doutrinário do SUS, podendo ser compreendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a)³. Contudo, a integralidade adquiriu sentido polissêmico no âmbito da área de saúde, podendo representar distintas conotações, dependendo do contexto em que é empregada.

Para Mattos (2008), a integralidade envolve três sentidos: o primeiro define a integralidade como um valor de “boa medicina”, modo de organizar práticas e oposto à abordagem fragmentada e biologicista do cuidado em saúde; o segundo, como modo de organizar as práticas no cotidiano dos serviços de saúde; e o terceiro relaciona-se com os atributos das respostas governamentais a problemas ou necessidades de saúde.

A integralidade que se opõe a fragmentação desponta como o novo paradigma do processo de formação em enfermagem, favorecendo a articulação entre a dimensão da promoção com as curativa e preventiva, os enfoques clínico, epidemiológico e social e as abordagens individuais e coletivas, no sentido de reorientar a atividade de ensino-aprendizagem vigente.

Dessa forma, neste trabalho, o sentido de integralidade pesquisado mais se aproxima da primeira definição de Mattos (2008). Entretanto, não nos preocupamos

² Como define Emerson Merhy (2002), tecnologias duras são aquelas em que se emprega o uso de equipamentos e procedimentos; tecnologias leve-duras, as que se valem de saberes bem-estruturados, como a Clínica e Epidemiologia, e tecnologias leves têm a ver com os processos relacionais, intersubjetivos entre profissional e usuários dos serviços de saúde.

³ Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

em restringir o objeto de estudo a uma definição, pois acreditamos que o SUS se expressa em uma estrutura de interconectividade, no qual um sentido influencia o outro. Assim, não deixamos de adentrar nos demais sentidos da integralidade, tendo em vista a ligação entre o cuidado ensinado e prestado, a organização das práticas de saúde e as ações governamentais, e isso pôde ser evidenciado nas falas dos sujeitos da pesquisa.

Cabe ressaltar que, nas últimas três décadas do século passado, a partir dos movimentos sociais no campo da reforma sanitária, debates foram estabelecidos na tentativa de delinear e propor soluções para formação em saúde, tendo em vista a consolidação do ideário do SUS como prática social.

No início da década de 2000, mais especificamente no ano de 2001, foram aprovadas as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde. Reforçando o que já havia sido declarado constitucionalmente, destacou-se que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país. Tais diretrizes apontam ainda que, na formação do profissional enfermeiro, deve-se priorizar atenção às necessidades sociais de saúde com ênfase no SUS, assegurando a integralidade (BRASIL, 2001a).

Neste contexto, o projeto pedagógico dos cursos de graduação em enfermagem deve contemplar, em suas bases conceituais, os princípios constitucionais do SUS como centrais na formação do enfermeiro, dando condição para que ele atue nos mais diversos cenários, o que implica um compromisso de formação generalista. Para isso, o eixo norteador dessa formação deve ser a integralidade, assegurando ao profissional a possibilidade de atendimento às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2001b).

Considerando tais constatações, inquieta-nos perceber que, apesar de os princípios constitucionais da formação de profissionais de saúde estarem declarados há mais de 20 anos e, há cerca de dez anos, as diretrizes curriculares para os cursos de enfermagem, os enfermeiros ainda são formados seguindo a lógica biomédica, fragmentada. Dessa forma, indagamos: quais são os sentidos construídos para integralidade do cuidado no processo formativo do enfermeiro?

Partindo dessa questão norteadora, direcionaremos o estudo para análise dos sentidos construídos para a integralidade do cuidado por atores envolvidos no processo de ensino aprendizagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Nosso questionamento ecoa na indagação de Ceccim e Feuerwerker (2004a), que referem que, se, com base na Constituição Federal a integralidade deve proceder como norte da atenção à saúde, por que não nortear a gestão setorial e a formação dos profissionais de saúde, permitindo a mudança do projeto educativo e o aparecimento de novas práticas pedagógicas e estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem?

Nas seis seções que sucedem, encontram-se apontamentos e reflexões que pronunciam a favor da integralidade como novo paradigma pedagógico em saúde.

Na seção 2, discorremos sobre as bases político-ideológicas do Sistema Único de Saúde, disseminadas a partir da década de 1970 com o movimento da Reforma Sanitária. Soma-se a isso a luta pela redemocratização do país, na busca pela ampliação dos direitos de cidadania e saúde. Este último, como um direito de todos e dever do Estado, regido por diretrizes como a universalidade, equidade e integralidade.

A partir dessa visão, estabelecemos uma discussão orientada para formação em saúde e em enfermagem enquanto meio de se alcançar eficiência e eficácia nas ações e serviços, tendo por base a integralidade do cuidado. Na seção 2.3; pormenorizamos os processos históricos do ensino de enfermagem no Brasil e os desdobramentos até os dias atuais.

Na seção 3, descrevemos objetivo geral e objetivos específicos, formulados a partir do objeto de estudo (a integralidade do cuidado na formação do enfermeiro) que serviram para orientar a realização deste trabalho.

Na seção 4, apresentamos a fundamentação teórica do trabalho, que se sustentou no marco histórico-cultural de Vigotski. São apresentadas as ideias centrais dessa teoria, sua relação com a educação e com o ensino de enfermagem na perspectiva da integralidade do cuidado.

Na seção 5, está detalhado o percurso metodológico seguido para o alcance dos dados, bem como os meios e métodos de análise.

Na seção 6, apresentamos os resultados da pesquisa, a partir de análise documental e das falas submetidas à hermenêutica-dialética sob o enfoque da teoria histórico-cultural.

Na seção 7, finalizamos com as considerações finais, derivadas dos resultados obtidos na pesquisa, subsidiando reflexões acerca da integralidade como novo paradigma à formação em enfermagem e em saúde.

2 EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui raízes históricas no Movimento de Reforma Sanitária da década de 70 e 80 do século XX, em que diversos atores se articularam no sentido de reivindicar reformas no âmbito do setor saúde. Ao mesmo tempo, difundem seus ideais de luta pela redemocratização do país e a universalização dos direitos de cidadania e entendem que a saúde da população tem relação com a organização da sociedade nas instâncias política, econômica e cultural.

Esse movimento nasceu em um momento em que vigorava o assistencialismo individual que tornava a sociedade carente de um cuidado integral e que considerasse não apenas as intervenções sobre um corpo doente, mas que levasse em conta os processos de prevenção e promoção da saúde. Como aponta Campos (2007), os novos sanitistas, representados por intelectuais, trabalhadores de saúde, usuários, sindicalistas e militantes de diversos movimentos sociais, estabeleceram estratégias que priorizavam intervenções locais, estimulando a participação comunitária.

A Reforma Sanitária, para Escorel (2009), parte da perspectiva de ação política da área de saúde e considera o processo saúde-doença vinculado à determinação social. Em oposição ao pensamento preventista liberal e à racionalização técnica, despontou a *Teoria Social da Saúde*, uma proposta histórico-estrutural influenciada pelo marxismo. Essa nova perspectiva da saúde, oriunda da Medicina Social e Saúde Pública, inaugurou no Brasil, no ano de 1979, a Saúde Coletiva com um enfoque teórico, metodológico e político que destaca o campo social como categoria analítica.

Tal efervescência político-ideológica impulsionou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986. Para Bertolozzi e Greco (1996), ao contrário das outras conferências, esta significou um avanço técnico e um pacto político, propondo as bases para a criação de um Sistema de Saúde que fosse

regido por diretrizes como a universalidade, integralidade e saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Após o processo de transição política do regime militar para o governo democrático, no ano de 1985, esforços se somaram no sentido de se aprovar uma nova constituinte nacional, culminando com a Constituição Federal de 1988. Esta inscreveu a saúde entre os direitos sociais, considerando-a como um direito de cidadania garantido a todos os cidadãos (BRASIL, 1988).

Cabe ressaltar que a redemocratização brasileira ocorreu tardiamente, coincidindo com a conjuntura internacional de crise fiscal do Estado do bem-estar social, com exigências de flexibilização das garantias sociais, adotando políticas restritivas, setoriais e focalizadas. Isso, no sentido de reduzir o poder e os gastos do Estado na consecução de políticas públicas, estando os interesses mercantis sobrepostos aos direitos de cidadania (PIRES; DEMO, 2006).

Dessa forma, o período de criação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, se deu em um contexto internacional, em que se difundia o ideário neoliberal, com pressões para o desenvolvimento de um Estado mínimo em diversos campos, inclusive na saúde (MATTOS, 2009). Alguns governantes que viriam a seguir, influenciados pelo neoliberalismo, ofereceram resistências à expansão do novo sistema de saúde. Contudo, diferente de outras políticas sociais, o SUS se alicerçou em um longo e profundo processo de institucionalização legal com a participação não apenas de figuras políticas, mas da sociedade como um todo.

As bases legais para organização do novo sistema nacional de saúde brasileiro se concretizaram com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde: Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que assegura a participação da sociedade civil na gestão do SUS.

O SUS estabeleceu-se legalmente a partir da década de 90, contudo sua construção e consolidação vêm ocorrendo paulatinamente ao longo das últimas décadas a partir da efetivação de seus princípios e diretrizes.

Para Vasconcelos e Pasche (2008), o sistema de saúde brasileiro pode ser entendido como um arranjo organizacional do Estado, integrando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, nas esferas governamental, estadual e municipal, no sentido de dar suporte à efetivação da política de saúde no país.

Assim, o SUS torna-se o arcabouço jurídico-institucional que engendra o modelo público de ações e serviços de saúde, partindo da concepção ampla do direito à saúde. Tem, na figura do Estado, a personificação da garantia desse direito, incorporando a essa estrutura institucional e decisória espaços e instrumentos para gestão participativa, estabelecendo como atores os gestores, os prestadores de serviços, os profissionais de saúde e os usuários (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

A direcionalidade do SUS está sustentada em seus princípios e diretrizes, constituindo-se como regras de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde. Segundo Vasconcelos e Pache (2008), o SUS é regido pelos princípios doutrinários que outorgam uma legitimidade ampla ao sistema e pelas diretrizes organizativas que estabelecem eficiência e racionalidade ao seu funcionamento. Os princípios doutrinários são: universalidade, integralidade, equidade e direito à informação.

A universalidade garante o direito às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos, sem discriminação. A garantia desse princípio representou o fim da cidadania regulada, em que apenas os brasileiros vinculados à previdência tinham direito de assistência à saúde.

A integralidade vislumbra a oferta contínua de um conjunto de ações e serviços de caráter preventivo, curativo, de promoção e proteção da saúde, no âmbito coletivo e individual, em todos os níveis do sistema. Esse princípio representou não apenas a ampliação da quantidade dos serviços oferecidos, mas também da qualidade das ações de caráter intersetoriais.

A equidade representa a priorização na oferta de ações e serviços de saúde aos segmentos populacionais mais vulneráveis ao adoecimento e/ou com risco de morte. Esse princípio, sem contradizer o da universalidade, confere uma racionalidade ao sistema de saúde, estabelecendo uma lógica de ações prioritárias aos que mais necessitam em determinado momento.

O direito à informação garante aos usuários informações sobre seu estado de saúde, bem como os riscos e condicionantes relacionados à saúde coletiva, sendo de responsabilidade dos gestores e profissionais de saúde a viabilização desse direito.

Vasconcelos e Pache (2008) ressaltam que as diretrizes organizativas mais significativas do SUS são: a descentralização, que elege os municípios como a base

do sistema de saúde e responsáveis diretos pela prestação de grande parte das ações e serviços de saúde. O estabelecimento da direção única a nível municipal, estadual e governamental reforçou a necessidade de vencer a falta de articulação entre os serviços em toda a amplitude do sistema.

A municipalização da gestão representou, também, a regionalização da saúde com aproximação do sistema ao usuário, contribuindo para que mudanças político-administrativas levassem em conta as particularidades regionais; a hierarquização, que determina a ordenação do sistema em níveis de atenção com fluxos assistenciais, tendo a atenção básica como porta de entrada reguladora do acesso aos níveis mais especializados.

Contudo, tal modelo, que é representado por uma pirâmide, atualmente, vem sendo superado pelo modelo de teias, em que se consideram várias portas de entradas no sistema, com fluxos reversos entre os serviços, sendo, portanto, mais flexível; além da participação comunitária, assegurada constitucionalmente e regulada pela Lei Orgânica – Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), sendo viabilizada através dos Conselhos e das Conferências de Saúde em nível municipal, estadual e nacional. Ficou estabelecido que a representação dos usuários fosse paritária aos demais segmentos participantes.

O arranjo organizacional do SUS é ousado ao materializar um pacto entre os níveis de gestão do sistema e implementar o empoderamento do usuário sobre as políticas de saúde, através do controle social. Dessa forma, abre-se um precedente para que atores sociais, mesmo os que não estão diretamente ligados às funções de gestão e serviços de saúde, participem dos processos decisórios do SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

Por outro lado, devido à grande extensão territorial do país com evidentes desigualdades socioeconômicas, somada a conjunturas político-econômicas internacionais desfavoráveis e a influências do modelo médico assistencial privatista, em que figuram ações curativas e fragmentadas da saúde, a consolidação do SUS não ocorreu/ocorre de forma linear e sem conflitos.

Ao contrário, como afirma Mattos (2009), o sistema de saúde, que foi sendo construído ao longo das últimas décadas no cotidiano dos brasileiros, muitas vezes se afastou dos anseios traçados no ideário da reforma sanitária. Contudo, não se pode negar que mudanças ocorreram e foram norteadas por seus princípios e

diretrizes, expressos como signos de valores que conferiram direcionalidade em momentos de desvio do que se propunha o sistema de saúde brasileiro.

Para que o SUS alcance eficiência no direcionamento de sua proposta, além das questões financeiras e de gestão, acreditamos que a busca pela qualidade do cuidado prestado deva ser prerrogativa ímpar nos serviços de saúde. E a melhor tradução disso encontra-se na integralidade do cuidado, que, apesar de polissêmica, tem a força de orientar desde as políticas de saúde à ação de cada profissional. Opõe-se ao reducionismo, levando em consideração os anseios individuais e coletivos, rompendo com a abordagem pura e simples da lesão e sua consequente medicalização.

Corroborando, Tesser e Luz (2008) afirmam, em relação à integralidade, que

O sentido comum do uso institucional e profissional do termo deixa poucas dúvidas: objetiva-se que essa diretriz oriente, no âmbito dos serviços públicos, e da ação de seus profissionais, uma atenção à saúde de boa qualidade, que considere as múltiplas dimensões e dê conta das várias complexidades dos problemas de saúde pública e das pessoas, bem como riscos da vida moderna. Espera-se, com isso, que os profissionais tenham uma abordagem integral, ampla e pluridimensional da saúde individual e coletiva. (TESSER; LUZ, 2008, p. 196).

Como explanado por Mattos (2008), a integralidade não se restringe a uma diretriz que foi estabelecida constitucionalmente. Mais que isso, expressa um conjunto de valores que cumpre designar os rumos de uma sociedade justa e solidária. Assim sendo, torna-se uma “bandeira de luta” e parte de uma “imagem-objeto”, conferindo direção ao sistema, às instituições e às práticas de saúde para que se alcance o desejável.

Entre o conjunto de valores que orientam o movimento do sistema de saúde na oferta do cuidado integral, o que nos parece ser o alicerce dessa iniciativa é a formação em saúde. Os processos de reformas curriculares na área de saúde, guiados pela integralidade do cuidado, representam, acima de tudo, um compromisso firmado com a sociedade brasileira e objetivam responder seus anseios no tocante às complexidades da saúde individual e coletiva. Nessa perspectiva, direcionaremos nosso estudo na busca dos sentidos que a integralidade do cuidado assume na formação do profissional enfermeiro.

2.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE

A abordagem tradicional de ensino em saúde, marcada pela transmissão de conteúdos e atividades práticas de treinamento em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em muito contribuiu para especialização precoce e verticalização do aprendizado, refletindo na formação de profissionais pouco preparados para alterarem os indicadores de saúde do país (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

Dessa forma, o modo de ensinar saúde no Brasil vem sofrendo importantes transformações no sentido de romper com paradigmas historicamente fragmentados e descontextualizados, principalmente após a aprovação, no ano de 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Saúde que têm por objetivo:

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

Como descrevem Pinheiro e Ceccim (2006), estas diretrizes apresentam-se como respostas à necessidade inadiável de transformação no perfil do profissional de saúde no sentido de atender às atuais necessidades de saúde da população, considerando também o papel social da universidade com sua multiplicidade de lugares produtores de conhecimento e tendo a transdisciplinaridade como desafio.

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 Diretrizes Curriculares 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).

Com empenho de novos representantes da categoria, eleitos no ano de 1999 para compor a Comissão de Especialistas de Ensino em Enfermagem (CEEEenf) no Ministério da Educação e Cultura (MEC), estrutura-se, em consonância com a Diretoria de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), nova proposta de Diretrizes Curriculares para Graduação em Enfermagem (DCGEs). Discussões e documentos produzidos nos vários congressos e seminários da enfermagem serviram por base para o consenso final da proposta das DCGEs (VALE; FERNANDES, 2006).

O compromisso atual do processo de reforma curricular tem como estratégia a produção de força de trabalho qualificada, eficiente e resolutiva para intervir no SUS. Tomando por eixo norteador a integralidade do cuidado, os futuros profissionais de saúde devem ser preparados para o atendimento às necessidades de saúde da população, tendo em vista os processos de saúde e doença produzidos social e historicamente nas relações humanas.

Lima (2005) acredita que uma organização curricular baseada em competências seja uma possibilidade de se construir esse novo perfil profissional desejado. Essa proposta diz respeito à inserção dos alunos desde os primeiros períodos do curso em atividades da prática profissional, seguindo um processo de progressão crescente de autonomia e domínio nas áreas de competências. Para isso, depende-se de um estreitamento das relações entre os órgãos formadores e serviços de saúde, possibilitando, através da teorização e reflexão das atividades práticas, obter eficácia no processo de ensino-aprendizagem. Para Freire (2007), tal movimento implica transformar o mundo pela práxis autêntica a partir da reflexão e ação humana.

No que se refere à formação do enfermeiro, acreditamos que uma das primeiras iniciativas para oferta da assistência, tendo como preceito a integralidade do cuidado, seria uma atividade formativa dialógica, pautada pelo constante movimento de reflexão entre prática-teoria-prática.

2.3 FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A enfermagem constitui-se numa profissão histórica e ideologicamente alicerçada em princípios que objetivam o cuidado humano. No processo de formação do enfermeiro, aspira-se que o aluno possa desenvolver o conhecimento, habilidades e atitudes que vão contribuir para seu futuro desempenho profissional. Contudo, percebe-se que a fragmentação dos conteúdos em disciplinas estanques tem dificultado uma abordagem didática permeada pela integralidade, o que, inevitavelmente, opera no sentido de manter as ações e cuidados na profissão voltados para a parte do corpo doente e não para o indivíduo como um todo.

A enfermagem moderna brasileira tem seu início em 1922 com a criação da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, mais tarde, Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), cujas atividades foram iniciadas no ano de 1923, a cargo de enfermeiras norte-americanas da Fundação Rockefeller (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). O padrão de ensino desta escola serviu de base às escolas de enfermagem que foram criadas posteriormente, reproduzindo o modelo norte-americano curativo (ALCÂNTARA, 1963; GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). Egry e Sena (2000) relatam que o primeiro currículo brasileiro de enfermagem, apesar de, no campo teórico, enfatizar aspectos preventivos, na prática, valorizava uma formação de cunho hospitalar.

A duração do curso era de dois anos e quatro meses, sendo a última fase direcionada para áreas especializadas como saúde pública, clínica ou administração hospitalar. Durante o curso, o aluno era obrigado a cumprir oito horas diárias em atividades hospitalares (CARVALHO, 1972).

Influenciado pelo modelo flexneriano, o ensino de enfermagem incorpora, nos primeiros períodos, a oferta das ciências básicas, complementando o processo de profissionalização através de disciplinas específicas da profissão somadas ao treinamento no campo prático, o que resultou, posteriormente, na divisão dos currículos em ciclos básico e profissionalizante (GALINDO; GOLDENBERG, 2008).

Para Bertolozzi e Greco (1996), a aceleração do crescimento industrial brasileiro, tendo em vista a manutenção da força de trabalho apta à produção, fez com que o Estado atendesse certas reivindicações das classes trabalhadoras, como

o salário mínimo e assistência médica através dos Institutos de Assistência Previdenciária.

Dessa forma, os profissionais de saúde deveriam ser formados com o objetivo de suprir os anseios da sociedade capitalista e corrigir os desajustes físicos e psíquicos decorrentes desse modo de produção. Pautadas nesta vertente, as escolas da área de saúde, nelas incluídas as de enfermagem, foram desenvolvendo seus currículos de acordo com as exigências do mercado de trabalho.

Em um estudo realizado por Galleguillos e Oliveira (2001) sobre a gênese e desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil, as autoras apontam o estabelecimento de um programa de ensino pela EEAN, em 1923, reproduzindo de forma hegemônica o modelo norte-americano. Assim, desde a implantação da enfermagem moderna no país, diversas tentativas se deram no sentido de se estabelecer um currículo que atendesse às necessidades nacionais. Inicialmente, a formação priorizava o treinamento prático para o cuidado ao doente em detrimento da fundamentação científica.

Contudo, ao longo do século XX, importantes mudanças foram ocorrendo, principalmente em função das ações da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), criada em 1926, com o nome Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas. O objetivo desta associação era se tornar uma sociedade de caráter cultural, assistencial e que reunisse os enfermeiros brasileiros (CARVALHO, 1972).

A partir de 1945, a divisão de educação da ABEn assumiu a responsabilidade de elaboração do currículo mínimo para os cursos de enfermagem, bem como da carga horária dos estágios (CARVALHO, 1976). Estas ações culminaram com a regulamentação do ensino de enfermagem através Lei n. 775, de 6 de agosto de 1949 (BRASIL, 1949) reconhecendo as escolas pelo Ministério da Educação, não sendo mais, portanto, equiparadas à Escola Anna Nery como padrão de ensino.

Apesar de esse currículo ampliar a duração do curso para quatro anos, favorecendo a oferta de conteúdos teóricos, foi uma adaptação do modelo biomédico norte-americano, com disciplinas baseadas em especialidades médicas seguidas de conhecimentos de enfermagem. Tal currículo vigorou até o início da década de 1960, quando, então, foram promulgadas as Diretrizes e Bases da Educação, através da Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961 (BRASIL, 1961), que criou o Conselho

Federal de Educação (CFE), com a responsabilidade de fiscalizar e normatizar o ensino superior no país (CARVALHO, 1972).

Segundo Carvalho (1976), no ano de 1962, apesar de já existir um grupo de peritos de enfermagem nomeados pelo Ministério da Educação para definir um novo currículo, uma comissão de três médicos do CFE apresentou uma proposta de regulamentação para o primeiro currículo mínimo dos cursos de enfermagem do país, que foi aceita e culminou no Parecer 271/62. Este parecer veio de encontro aos anseios dos intelectuais de enfermagem, visto que reduziu a duração do curso para três anos, determinando o suprimento de carga horária dos estágios, eliminou a disciplina de saúde pública e não abriu margem à oferta de disciplinas de ciências humanas, que já eram entendidas como necessárias (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Após a Segunda Guerra Mundial, conflitos políticos, sociais e econômicos se estabeleceram refletindo na América Latina e, conseqüentemente, na arena nacional. No sentido de alinhar o país aos interesses norte-americanos, ocorreu o Golpe de 1964, quando os militares assumiram o controle governamental. Como apontam Galleguillos e Oliveira (2001), tal regime autoritário tem seu apogeu entre os anos de 1964-1974, determinando reformas institucionais, inclusive na educação. Entre elas, a reforma universitária, estabelecida pela Lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968 (BRASIL, 1968), que levou a nova alteração no currículo mínimo dos cursos de graduação em enfermagem, através do Parecer CFE n. 163, de 28 de janeiro de 1972 (BRASIL, 1974).

Dessa forma, o curso de enfermagem, com duração de quatro anos, ficou subdividido em três partes sequenciais: pré-profissional, com disciplinas comuns a todos os cursos da área de saúde; tronco profissional comum, compreendendo disciplinas específicas de enfermagem (ainda fazendo correspondência às especialidades médicas) e, no último ano, as habilitações opcionais, que tinham o objetivo de especializar o enfermeiro em áreas específicas: enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem obstétrica, enfermagem de saúde pública e licenciatura em enfermagem (CARVALHO, 1972).

A medicina necessitava de uma enfermagem qualificada, especializada e que pudesse auxiliá-la no processo curativo que, cada vez mais, envolvia técnicas avançadas em virtude da evolução científica. Assim, o Parecer CFE n. 163, de 28 de

janeiro de 1972 (BRASIL, 1974) teve como principal objetivo atender a esses anseios (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001; GERMANO, 2007).

Para Rizzotto (2008), a especialização precoce em nível de graduação era interesse do sistema de ensino por se mostrar menos onerosa, contudo vinha de encontro a uma qualificação totalizante que permitisse a construção de uma visão integral do processo de trabalho e de intervenções eficazes sobre os determinantes de saúde e doença.

Em Almeida (1986), encontramos que, mesmo com as especializações de enfermagem em obstetrícia, pediatria, saúde pública e médico-cirúrgica, realizadas ainda durante a graduação, tais qualificações não eram aproveitadas pelo mercado de trabalho para promover um salto de qualidade na assistência. Portanto, a efetividade desse currículo tornou-se questionável, fazendo com que diversas vertentes da enfermagem reivindicassem mudanças.

Entre as décadas de 1970-1980, ocorrem movimentos de contestação, congregando diversos atores sociais que clamam por transformações no panorama político, econômico e social do país. Como esclarece Geovanini (2010), na área de saúde, não foi diferente, ocorrendo movimentos reivindicatórios, que denunciavam as precárias condições sanitárias do povo brasileiro, bem como estabeleciam propostas de uma política de saúde democrática e efetiva.

Em 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde na Rússia, foi proposta a *Declaração de Alma-Ata* que apontava questões como educação, promoção em saúde, alimentação, oferta de água potável, saneamento básico, imunização e prevenção de endemias, como estratégias para se alcançar graus elevados de saúde, tendo em vista que esta é um direito fundamental do ser humano e a mais importante meta social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1978). Tal Declaração influenciou de forma crucial os andamentos da Reforma Sanitária Brasileira, bem como a VIII Conferência Nacional de Saúde (SCOREL, 2009).

No entendimento de Almeida (1986), a VIII Conferência Nacional de Saúde vislumbra a perspectiva da integralidade do cuidado ao propor a promoção, proteção e recuperação da saúde de forma humanizada e consonante com o enfoque global do ser humano na plenitude de seus direitos como cidadão (BRASIL, 1986a). Nessa perspectiva, o currículo para graduação do enfermeiro “deve levar em consideração

o homem brasileiro em sua realidade concreta e histórica, portanto deve considerar o homem biológico, psicológico, cultural e social” (ALMEIDA, 1986, p. 508).

Em meio ao processo de efervescência político-ideológica, destaca-se o Movimento Participação, cujos membros assumiram a direção da ABEn em 1986, comungando com os ideários da Reforma Sanitária e propondo mudanças nos rumos desta associação que, ao longo do tempo, se tornou uma entidade pouco democrática, passando a servir como instrumento de transmissão das políticas oficiais e da indústria multinacional de forma pouco questionadora (ALBUQUERQUE; PIRES, 2006).

Como expõem Moura e outros (2006), esta nova gestão da ABEn, além de outras coisas, se credencia a estruturar a política de educação em enfermagem, considerando-a como um bem público que deveria ser assumido de forma consciente. Portanto, a partir de então, se encarrega da liderança dessa área, promovendo articulações e discussões em âmbito nacional através de sua Comissão Permanente de Educação.

Cabe ressaltar que, na década de 1980, dois momentos históricos marcaram a saúde e enfermagem brasileira: o primeiro foi a promulgação da Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986b), que dispõe sobre o exercício profissional; e o segundo foi a publicação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), estabelecendo a saúde como direito social garantido pelo Estado, o que, posteriormente, culminou com a criação do SUS em 1990.

Durante o final da década de 1980 e início da década de 1990, a ABEn procura reorientar o processo de formação do enfermeiro, sendo apoiada pelas Escolas de Enfermagem e Comissão de Especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Diversos seminários e oficinas foram realizados, resultando no Parecer n.314/94 do CFE, homologado pela Portaria do MEC n.1.721, de 15 de dezembro de 1994 (BRASIL, 1994).

Destarte, um novo currículo mínimo foi definido para a graduação de enfermagem, devendo ser desenvolvido em quatro eixos temáticos: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem; Fundamentos da Enfermagem; Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem. A partir dessa portaria, ficou estabelecida a percentagem da carga horária para cada eixo temático, além da carga horária total de 3.500 horas/aula a serem cumpridas, no mínimo, em quatro

anos (ou oito semestres) letivos e, no máximo, em seis anos (12 semestres) letivos (BRASIL, 1994).

Na área temática Assistência de Enfermagem, apesar de restituir os conteúdos de Saúde Pública, outrora excluídos, sob a designação de Saúde Coletiva, constata-se que os conteúdos propostos têm correlação com especialidades médicas. Para Galleguillos e Oliveira (2001), isso demonstra a dificuldade em romper com a abordagem flexneriana presente no ensino de enfermagem desde o primeiro currículo.

De acordo com as reflexões de Silva e outros (2010), tendo em vista todo o processo de colaboração da categoria de enfermagem para efetivação deste currículo, ainda houve insatisfações manifestas pela ausência de disciplinas com enfoque na área de educação. Outro quesito levantado diz respeito à inflexibilidade decorrente da definição de uma carga horária para cada eixo temático, dificultando a formação de um enfermeiro com perfil generalista e não levando em conta as especificidades locais regionais.

Segundo Vale e Fernandes (2006), com a intenção de dar continuidade às discussões acerca do processo de formação de recursos humanos para enfermagem, bem como criar um espaço democrático que possibilitasse a formulação de políticas de educação, a ABEn estabeleceu, a partir de 1994, a realização periódica do Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem (SENADEn).

No ano de 1996, foi promulgada a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996b), que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDB), definindo em um dos seus princípios o dever da família e do Estado como responsáveis pela educação. Fixa a necessidade de vinculação do ensino com o trabalho e as práticas sociais, cabendo à educação superior estimular a cientificidade e o pensamento reflexivo.

Na percepção de Galleguillos e Oliveira (2001), a LDB, com seu caráter flexível, definiu responsabilidades a todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, deixando a cargo das Instituições de Ensino Superior (IES) o compromisso para organizar parte significativa dos currículos de seus cursos, possibilitando uma formação que atenda e supra as necessidades locais regionais.

Através da publicação do Edital SESu/MEC n. 4/98, foi apresentado o modelo denominado “Enquadramento das Diretrizes Curriculares”, solicitando uma

manifestação urgente por parte da categoria no sentido de contribuir com a ABEn e cursos de graduação em enfermagem para um posicionamento consensual no Ministério da Educação e Desporto (MOURA et al., 2006; VALE; FERNANDES, 2006).

Contudo, como afirmam Moura e outros (2006), a ABEn, de forma eficaz e empenhada, se opôs à possibilidade de “Enquadramento das Diretrizes Curriculares”, visto que representaria uma adaptação à lógica neoliberal contrária aos projetos ideológicos almejados pela categoria. Fazendo frente a essa lógica, a “*Carta de Florianópolis*”⁴ foi apresentada em 1999 pela Reunião do Fórum Nacional de Escolas de Enfermagem, no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn) e 10º Congresso Pan-Americano de Enfermería, colocando novamente em questão o Projeto Político-Pedagógico da Enfermagem e legitimando a ABEn como a responsável pelas articulações e discussões dentro da categoria.

A mobilização da enfermagem por mudanças no currículo foi favorecida pela intervenção do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, preocupado com a formação de recursos humanos em saúde, solicitou ao Conselho Nacional de Educação (CNE), antigo CFE, uma audiência pública para discutir as Diretrizes Curriculares nesta área. Como resultado, diversos atores envolvidos e interessados no processo de formação de recursos humanos para o SUS se posicionaram e estabeleceram propostas através de uma audiência pública (VALE; FERNANDES, 2006).

Frente às propostas deliberadas e em consonância com a LDB, materializaram-se as Diretrizes Curriculares de Medicina, Enfermagem e Nutrição, no Parecer do CNE/CES, n. 1.133, de 7 de agosto de 2001 (BRASIL, 2001a). Estabelece, entre outras coisas, que os conceitos de saúde, bem como os princípios e diretrizes do SUS, são elementos basilares no processo de articulação entre educação superior e saúde. Nesse sentido, objetiva-se uma formação geral e específica dos egressos/profissionais, salientando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2001a).

⁴ Documento de resistência à proposta de enquadramento das diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem. Nesse documento são compilados o Projeto Político Pedagógico de Educação para enfermagem brasileira, além de princípios e diretriz orientadores de uma formação generalista e flexível, contrária à especialização precoce (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1999).

Em 7 de novembro de 2001, foi aprovada a Resolução n. 3 do CNE/CES (BRASIL, 2001b), definindo especificamente as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, que estabelecem flexibilidade, não estipulando porcentagem de carga horária, e definem como conteúdos curriculares a serem cumpridos em quatro anos: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem (ciências biológicas e ciências humanas); Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem (independentemente da Licenciatura).

A resolução salienta a necessidade de organizar o Projeto Pedagógico coletivamente, centrado no aluno, como sujeito social que constrói o conhecimento através da ação mediadora e facilitadora do docente, tendo como princípio norteador a ação-reflexão-ação. Cabe, ainda, ao Projeto Pedagógico estabelecer direcionalidade para uma formação integral, articulando ensino, pesquisa, extensão/assistência, e fixar a investigação como eixo integrador da formação (BRASIL, 2001a).

Como apontam Nóbrega Therrien e outros (2010), a formação de enfermeiros no Brasil, que se pautava em atender apenas ao mercado de trabalho, assume outras perspectivas a partir das novas diretrizes curriculares e projetos político-pedagógicos que buscam dar respostas ao processo educacional contemporâneo de reflexão nas ações.

A última mudança foi orientada pela Resolução n. 4, de 6 de abril de 2009 (BRASIL, 2009), estabelecendo que a graduação em enfermagem deva ser desenvolvida com carga horária mínima de 4.000 horas, integralizada em cinco anos.

Tendo em vista as novas configurações do mundo contemporâneo com suas tecnologias e processos, muitas barreiras têm sido transpostas no sentido de romper com abordagens simplistas e calcadas na individualidade profissional, valendo-se de intervenções multidisciplinares que favoreçam a integralidade do cuidado.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender os sentidos de integralidade do cuidado construídos na formação do Enfermeiro a partir da percepção dos professores e alunos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora à luz da abordagem histórico-cultural de Vigotski.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as concepções de integralidade do cuidado expressas pelos sujeitos do processo de ensino-aprendizagem;
- Descrever como a integralidade do cuidado é considerada pelos sujeitos da pesquisa e no currículo do curso;
- Identificar se existem novas práticas pedagógicas e estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem voltadas para integralidade do cuidado a partir da fala dos sujeitos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Buscou-se sustentação teórica na abordagem histórico-cultural, amparada nos postulados de Vigotski, que revela o processo de ensino-aprendizagem socialmente elaborado na consciência por meio da integração de símbolos. Assim, partimos do pressuposto de que uma formação direcionada pela integralidade do cuidado deve ser culturalmente permeada por valores e crenças que permitam transcender o puramente biológico e adentrar nos determinantes históricos e culturais da vida humana.

Lev Semenovich Vigotski (1896-1934) teve uma vida curta, morrendo aos 38 anos de idade, vitimado pela tuberculose que o infectara dez anos antes. Contudo, esta curta trajetória não foi empecilho para expressar uma genialidade que faz com que sua obra seja estudada e aplicada até os dias de hoje. Nasceu em Belarus, antiga União Soviética, no seio de uma família judaica de posses, permitindo a Vigotski e seus outros sete irmãos uma formação consistente orientada por um tutor. Aos 18 anos de idade, influenciado por seus pais, inicia a faculdade de medicina, mas não a frequenta por mais de um mês. Transfere-se para o curso de Direito, que permitia maior flexibilidade para estudar na biblioteca da cidade e fazer teatro. Nesta época, também ingressa no Departamento Acadêmico da Faculdade de História e Filosofia da Universidade Popular Chaniavski (PRESTES, 2010).

Segundo Prestes (2010), o período em que Vigotski viveu foi um momento conturbado, no qual a Revolução Socialista (1917) consegue derrubar o império Tsarista. Este movimento teve influência das ideias revolucionárias de Marx, permitindo estabelecer as bases políticas com participação dos trabalhadores. Um dos grandes desafios do primeiro país socialista era modificar o sistema educacional considerado atrasado, transformando-o em um direito igualitário para todos os cidadãos. Atentas aos preceitos do novo regime estabelecido, as produções científicas, dentre elas a pedagogia e psicologia soviéticas, direcionam seus fundamentos teóricos consonantes aos princípios socialistas, no intuito de formar o novo homem.

Vigotski formou-se em 1917 (data da Revolução Socialista), publicando sua monografia intitulada “*A tragédia de Hamlet: príncipe da Dinamarca*”, demonstrando seu interesse por obras literárias.

Inicia seus trabalhos comprometido com a educação social, garantindo importantes cargos em instituições de ensino e órgãos do Comissariado do Povo. Lecionou literatura, estética, história da arte e desenvolveu seu trabalho como pesquisador no Instituto de Psicologia Experimental de Moscou, com renomados cientistas, com Luria e Leontiev. Também se empenhou no estudo da defectologia, área em que desenvolve pesquisas com crianças com deficiências (PRESTES, 2010).

Tomando por base o método do materialismo dialético, no qual os fenômenos são estudados como processos em movimento e mudança, Vigotski dedica-se ao estudo da psicologia e pedagogia, desenvolvendo importantes princípios no que diz respeito ao processo de desenvolvimento humano, o papel da instrução no desenvolvimento e a relação entre pensamento e fala (PRESTES, 2010).

Considerando a importância dos postulados de Vigotski e tendo como objeto de estudo os sentidos construídos para integralidade do cuidado na formação do enfermeiro, acreditamos que as concepções vigotskianas indicam caminhos para compreender o processo de formação do enfermeiro: percebendo o que foi, entendendo o que é, para se alcançar o desejado. Nesse sentido, Vigotski (2010b) pondera:

estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança: esse é o requisito básico do método dialético. Numa pesquisa, abranger o processo de desenvolvimento de determinada coisa, em todas as suas fases e mudanças – do nascimento à morte – significa, fundamentalmente, descobrir sua natureza, sua essência, uma vez que é somente em movimento que o corpo mostra o que é. (VIGOTSKI, 2010b, p. 68).

Segundo Joenk (2002), Vigotski descreveu a influência do social no biológico, considerando que o desenvolvimento psíquico do homem ocorre pela interação das funções mentais e suas atividades. Assim, essa vertente evidencia a origem social do desenvolvimento humano a partir de processos mentais. Vigotski sintetizou, numa mesma dimensão, o indivíduo como corpo e mente, produto do meio biológico e social, ente da espécie humana e integrante do percurso histórico.

As funções psicológicas elementares, natas aos animais, correspondem às ações involuntárias ou reflexas e reações imediatas ou automáticas. Estas funções

definem a base biológica do comportamento humano que, ao longo do desenvolvimento, vai sofrendo influências socioculturais, delineando as funções psicológicas superiores como memória, percepção, pensamento, que são encontradas apenas no homem. Cabe ressaltar que o surgimento das funções psicológicas superiores não elimina as funções psicológicas elementares, mas as superam (LUCCHI, 2006).

De acordo com Oliveira (1999), os postulados de Vigotski são sustentados por três ideias centrais:

- As funções psicológicas como resultado da atividade cerebral têm uma base biológica;
- As atividades psicológicas firmam-se nas relações sociais entre o homem e o meio externo através de uma progressão histórica;
- A relação do homem com o mundo não é direta, mas mediada por sistemas simbólicos.

O desenvolvimento das funções mentais superiores, a partir das relações socioculturais, ocorre por meio de signos. A ligação do homem com o mundo não se estabelece de forma direta, mas mediada por instrumentos e signos, classificados distintamente por Vigotski. Para Oliveira (1999), os instrumentos são elementos intermediários utilizados pelo homem na sua relação com o objeto de trabalho para transformação da natureza. Já os signos correspondem a instrumentos psicológicos criados para ajudar o homem em determinadas tarefas: “como meios auxiliares para solucionar um dado problema psicológico (lembrar, comparar coisas, relatar, escolher, etc.), é análoga à invenção e uso de instrumentos, só que agora no campo psicológico” (VIGOTSKI, 2010b, p. 52).

Tanto o signo quanto o instrumento têm função de mediar e esse é o ponto comum aos dois tipos de atividade, contudo apresentam naturezas diferentes. A principal diferença entre os signos e os instrumentos se baseia nas diversas maneiras com que eles orientam o comportamento humano.

A função do instrumento é servir como um condutor da influência humana sobre o objeto da atividade; ele é orientado externamente; deve necessariamente levar a mudanças nos objetos. Constitui um meio pelo qual a atividade humana externa é dirigida para o controle e domínio da natureza. O Signo, por outro lado, não modifica em nada o objeto da operação psicológica. Constitui um meio da atividade interna dirigida para o controle do próprio indivíduo; o signo é orientado internamente. (VIGOTSKI, 2010b, p. 55).

Com base nos pressupostos da teoria Marxista, Vigotski acreditava que a utilização de instrumentos, como elemento social e externo ao homem, permitia a transformação da natureza pelo indivíduo. Inicialmente, o homem se vale dos instrumentos para adaptar e transformar o meio cultural e social do qual faz parte. Já o signo não altera o objeto da operação psicológica, contudo, intermedia a atividade interna que conduzirá o autocontrole, possibilitando articulações psicológicas. Logo, conclui-se que o signo é internamente orientado (VIGOTSKI, 2010b).

Como esclarece Miranda (2005), os signos agem como mediadores de natureza psicológica, auxiliando na realização de tarefas que requerem atenção e memória, visto que podem interpretar ou (re)apresentar informações da realidade, fazendo referência a elementos ausentes. São chamados de Instrumentos Psicológicos que auxiliam nos processos psíquicos dos indivíduos que recorrerão a esses signos, permitindo maior eficácia em sua relação e ação no mundo.

Isso quer dizer que cada indivíduo possui, internamente, esquemas de representações da realidade, de modo que o seu relacionamento com o mundo será mediado por essas representações e não, simplesmente, de uma forma direta com a realidade. Como aponta Cavalcanti (2005), as Funções Mentais Superiores (FMS) vão se desenvolver na interação com o meio sociocultural mediada por signos, a partir de processos de internalização, fazendo uso de instrumentos de mediação.

Segundo Miranda (2005), esses mediadores geram campos de representação, destes surge um mundo novo, o mundo da significação. Ao longo do processo de desenvolvimento, as mediações tornam-se mais complexas e articuladas, provocando mudanças qualitativas essenciais.

A internalização surge quando, no processo de desenvolvimento humano, os estímulos externos, que atuavam como estímulos auxiliares, passam a ser (re)construídos internamente, fazendo uma alusão a uma operação externa (VIGOTSKI, 2010b).

Complementando, Cavalcanti (2005) diz que a internalização ocorre a partir de um processo de reconstrução interna, intrassubjetiva, de uma operação externa com objetos com que o homem interage. Trata-se de um processo fundamental para o desenvolvimento de funções psicológicas superiores e configura-se da seguinte forma: de uma atividade externa para uma atividade interna e de um processo interpessoal para um processo intrapessoal. A internalização das formas culturais pelo indivíduo, que tem início em processos sociais e se transforma em processos internos no sujeito, ocorre por intermédio da fala e, por meio dela, chega-se ao pensamento.

Dessa forma, a relação do homem com o mundo se dá por meio das representações da realidade constituídas no campo psicológico e essas representações se constroem a partir dos sistemas simbólicos desenvolvidos socialmente, isto é, os signos. Para Vigotski, o sistema mais representativo e importante, nesse sentido, é a linguagem (VIGOTSKI, 2010a).

A transposição das funções psicológicas elementares para funções psicológicas superiores ocorre pela mediação realizada pela linguagem. Esta atua como instrumento da consciência, desempenhando as funções de composição, controle e planejamento do pensamento e intercâmbio social. Na formação da consciência, a palavra, uma das formas de linguagem, tem papel fundamental de síntese entre o organismo e o ambiente (CAVALCANTI, 2005).

Podemos dizer que a linguagem tem função dupla: de um lado, um meio de comunicação, de enunciação e compreensão; de outro, um meio de expressão do pensamento, refletindo a realidade na consciência.

Vigotski (2010a) expõe que o significado da palavra, expressa pela linguagem, é simultaneamente pertencente ao reino da linguagem e do pensamento, visto que é uma unidade do pensamento verbalizado. Dessa forma, propõe como método de investigação do problema “[...] o método da análise semântica, da análise do sentido da linguagem, do significado da palavra” (VIGOTSKI, 2010a, p. 10).

Nessa perspectiva, sentido e significado são distintos para Vigotski, sendo este definido socialmente através do signo linguístico; já o sentido constitui o conceito interpretado pelo indivíduo que é histórico e social (MARTINS, 1999). Dessa forma, transitam no contexto de cada ser humano interpretações que são pessoais e sociais, ocorrendo influências de uma sobre a outra, produzindo transformações. Isso nos remete ao que Vigotski (2010b) definiu de dupla

estimulação, considerando que tudo que existe histórica e culturalmente no indivíduo existe antes no social (interpsicológico), para, em seguida, ser assimilado e modificado intrapsicologicamente, sendo devolvido ao meio externo (social e cultural).

Para Martins (1999), a interação entre parceiros possibilita apropriação de significados que, a partir de acordos estabelecidos entre as partes, constituirão os sentidos. Logo podemos inferir que a escola, através da interação dialógica entre professor e aluno, é local de produção de significados e sentidos.

No processo de interação entre indivíduos, a educação tem papel preponderante de assimilação de conhecimentos culturais, atuando como instrumento de abertura do que Vigotski chamou de *Zona de Desenvolvimento Proximal* (ZDP) (OLIVEIRA, 1999, p. 62).

O processo interativo, tendo em vista as ações de ensino e aprendizagem, pode ser mais bem compreendido quando o remetemos ao conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP). Para Vigotski (2010b), ZDP é a distância entre o nível de desenvolvimento real, delimitado pela capacidade de resolver problemas sem a ajuda de outros, e o nível de desenvolvimento potencial, demarcado pela capacidade de solucionar problemas sob orientação de um parceiro mais experiente.

Segundo Miranda (2005), ZDP seria o caminho a ser percorrido para que as funções potenciais se tornem funções consolidadas no nível de desenvolvimento real. Dessa forma, a ZDP corresponde ao desenvolvimento em processo, que está por se consolidar, tendo a participação de outro mais competente.

Como observam Valsiner e Veer (1993), todo desenvolvimento compreende a construção de uma distância entre o presente e o passado e a superação da distância entre o presente e o futuro.

Para Vigotski (2010b), um aprendizado adequado deve anteceder o desenvolvimento, determinando a maturação dos processos psicológicos organizados culturalmente.

Os grupos socioculturais, neles incluída de forma notável a escola, se destacam por serem locais organizados e estruturados a partir de um contexto impregnado de significados. Como aponta Miranda (2005), a sala de aula é um local organizado para uma prática social específica, sendo os significados nesse ambiente incorporados de forma ativa, uma vez que a mediação estabelecida nesse contexto de relação permite uma reconstrução e reelaboração dos significados. Uma vez

reconstruídos e reelaborados, os significados são restituídos ao meio social, que novamente os assimila e, de novo, os transforma, em um constante processo de interação e reciprocidade, seja do indivíduo, seja do grupo social mais amplo.

Pensando o processo de formação do enfermeiro direcionada pela integralidade do cuidado sob a ótica dos postulados de Vigotski, cabe ao professor o grande papel de articulador do conhecimento (produtor de ZDPs). Conhecimento este que permita uma interação dialógica, que valorize as experiências, que contextualize a realidade atual do sistema de saúde brasileiro às questões históricas e sociais.

Assim, partindo dos significados dados de um sistema de saúde que hoje é definido por uma ordem social e histórica, os professores, junto a seus alunos, podem construir sentidos políticos, ideológicos e pedagógicos que, paulatinamente, no processo de internalização e ressignificação, poderão transformar as práticas assistenciais.

Recentemente, tomamos conhecimento de um grupo que estuda os princípios Vigotskianos e tem se empenhado na realização de traduções fidedignas das ideias, conceitos e pensamento de Vigotski diretamente do russo para o português. Um desses estudos foi apresentado no ano de 2010⁵. Nele a autora apresenta questões relacionadas à necessidade de rigor técnico e ético para tradução da obra de Vigotski. Para Prestes (2010), além da transliteração, que, muitas vezes, foi feita da língua inglesa para o português, determinando erros conceituais, a obra também foi censurada a partir da década de 1930, quando Stalin assume o poder. Estes fatores contribuíram para que a obra chegasse ao Brasil com erros conceituais de interpretação do pensamento do autor⁶.

Citaremos alguns conceitos e palavras da obra de Vigotski que, após minucioso estudo, Prestes (2010) nos apresenta em português numa transliteração que melhor se aproxima do que o autor expressou: O que conhecemos como Zona

⁵ Tese apresentada ao programa de pós-graduação em Educação da Universidade de Brasília no ano de 2010, pela pesquisadora Zoia Ribiero Prestes, intitulada: *Quando não é quase a mesma coisa: análise de traduções de Lev Semionovitch Vigotski no Brasil - repercussões no campo educacional* (PRESTES, 2010). Em sua pesquisa, a autora analisa minuciosamente as obras de Vigotski e as traduções feitas para o Português, encontrando graves distorções dos conceitos. Zoia residiu por 15 anos na União Soviética, onde se graduou em psicologia. Atualmente, no Brasil, dedica-se a traduções do Russo para o Português.

⁶ Além dos erros de interpretação e conceitos, também ocorreram apropriações neoliberais indevidas, como o termo “aprender a aprender” que é propagado com vistas a diluir o papel da escola em transmitir o saber e desvalorização da transmissão do saber objetivo (DUARTE, 2001).

de Desenvolvimento Proximal, do russo, zona blijaichego razvitia, ficaria: Zona de Desenvolvimento Iminente. Isso porque a essência deste conceito está na possibilidade de desenvolvimento a partir da ajuda de outro mais experiente, mas não em algo obrigatoriamente garantido. A tradução do título do livro como “*Pensamento e Linguagem*” deveria ser expressa como “*Pensamento e Fala*”, considerando a análise dos postulados de Vigotski, juntamente ao significado da palavra russa *retch*. Outra palavra que sofreu deturpação seria *obutchenie*, traduzida como aprendizagem, mas, se considerada como uma atividade em que uma criança é orientada por uma pessoa mais experiente, porém não perde sua autonomia, a palavra que melhor se aproxima é instrução.

Apesar de considerarmos o empenho e seriedade deste e outros trabalhos de tradução da obra de Vigotski do russo para o português, manteremos os termos e palavras com maior difusão em nosso meio por desconhecermos obras inteiras do autor traduzidas nesta nova perspectiva.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Para a compreensão do processo formativo de enfermeiros em uma faculdade pública, optamos pela pesquisa qualitativa, orientada pelo referencial teórico-filosófico da abordagem histórico-cultural, sustentada no pensamento de Vigotski.

A abordagem histórico-cultural compreende os fenômenos, tendo em vista suas manifestações e transformações históricas, sendo o particular parte da totalidade social. Os seus métodos e conceitos fundamentam-se no materialismo histórico e dialético. Logo, privilegiam a historicidade e reconhecem a autoria do sujeito social quando afirmam que nada existe como eterno, fixo e absoluto. Portanto, admitem que não há ideias, instituições e nem categorias estáticas. Assim, toda vida humana é social e está sujeita a mudanças e transformações, ou seja, é perecível e, por isso, toda constituição social é histórica, permitindo a compreensão da realidade por meio do princípio do conflito e da contradição, como algo que explica a transformação (MINAYO, 2010).

Como expressa Freitas (2002), a pesquisa qualitativa desenvolvida sob a perspectiva histórico-cultural tem por objetivo entender os fenômenos na sua complexidade total e histórica. Portanto, não se desenvolve tal pesquisa produzindo situações artificiais e controláveis por variáveis, mas indo ao encontro do que se deseja estudar, no seu desenrolar.

Corroborando, Minayo (2007) diz que a abordagem qualitativa favorece a exposição das questões subjetivas pelos entrevistados com maior riqueza, permitindo captar aspectos subjetivos, como crenças, valores, atitudes, não atingidos por uma equação, por uma média e estatística. Deste modo, a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados para compreender a realidade humana vivida socialmente.

Envolvendo um campo transdisciplinar, a pesquisa qualitativa, na atualidade, adota multimétodos de investigação para análise de um fenômeno em seu local específico de ocorrência, buscando sentidos e significados de acordo com as

interpretações dos sujeitos envolvidos no estudo (CHIZZOTTI, 2003). Como ressalta Almeida (1985, p. 88), “esse instrumento teórico permite aclarar e compreender não o que deve ser, mas o que é na enfermagem”.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Estabelecemos como cenário de estudo a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Criada em 1946 e reconhecida pelo Decreto n. 28.376, de 12 de julho de 1950 (BRASIL, 1950), foi a terceira escola de enfermagem do estado, com vistas a suprir a necessidade de qualificação da assistência e do perfil de saúde da região. Naquela época, a cidade também demandava profissionais qualificados para lidar com os novos fármacos que estavam surgindo e processos de esterilização de materiais cirúrgicos (ARAÚJO, 2002).

A falta de verbas era constante e, na tentativa de incorporar esta escola à Universidade, criada em 1960, inicia-se o processo de reivindicação para federalização da instituição. Para tal, o estado deveria doar a escola à União por meio de trâmites legais, o que foi concretizado no final da década de 1970.

No início, o processo seletivo das alunas continha provas discursivas de português, matemática, história e geografia. As candidatas, para admissão, deveriam possuir o diploma de ginásio completo (atual ensino fundamental), exame de saúde, atestado de sanidade física e mental, vacina contra varíola e exames de sangue. A partir de 1953, a faculdade acata a determinação da Lei n. 775, de 6 de agosto de 1949 (BRASIL, 1949) e passa a exigir a conclusão do curso científico (atual ensino médio) para ingresso no Curso de Enfermagem. Tal situação gerou desconforto, visto que algumas professoras só possuíam diploma ginásial, obrigando-as a realizar o nivelamento. Na época, para facilitar a transição das mudanças, as alunas com diploma do científico concluíam a faculdade em três anos e as que só tinham o ginásio em quatro anos (ARAÚJO, 2002).

As disciplinas que compuseram o primeiro currículo foram: Anatomia, Histologia, Fisiologia, Microbiologia, Química, Nutrição e Dietoterapia, Terapêutica e Farmacologia, Técnicas de Enfermagem, Enfermagem Médica, Enfermagem

Cirúrgica, Obstetrícia e Higiene Pré-natal, Dieta e Cozinha, Enfermagem das Especialidades, Patologia Cirúrgica, Patologia Médica, Aspectos Sociais da Enfermagem, Ética–Problemas Morais e Profissionais, Administração Hospitalar, Elementos de Sociologia e Religião Católica. Cabe ressaltar que, em sua maioria, as disciplinas eram ministradas por médicos (ARAÚJO, 2002; TOLEDO, et al., 2008). Após este ciclo teórico, realizava-se, por três meses, um pré-estágio em laboratório e, posteriormente, iniciavam-se os estágios na Santa Casa de Misericórdia da cidade (ARAÚJO, 2002).

A supervisão por parte das professoras era rígida, o atraso era registrado em uma caderneta; dois atrasos significavam uma falta. As condutas reforçam os costumes da época, segundo os quais a mulher deveria ser recatada, fiel e obediente. O uniforme exigido inicialmente era o branco impecável, sapato branco com salto baixo e gáspera alta, meias brancas, rede e touca nos cabelos e material de bolso: relógio, tesoura, garrote, régua, lápis, caneta, bloco de papel, borracha, termômetro, fita métrica (ARAÚJO, 2002).

Com o objetivo velado por parte da direção da escola de vigiar e manter a hierarquia, cria-se o Diretório Acadêmico em 1947, definindo-se estatutos, direitos e deveres, facilitando o controle das alunas e suas condutas. Em 1968, merece destaque a admissão do primeiro homem, mostrando também que a sociedade estava em processo de mudanças. Outro ponto de destaque é que, inicialmente, as alunas, que, em sua maioria, vinham de outras cidades, residiam no prédio da escola em sistema de internato e isso, gradativamente, se inverte até a extinção do internato em 1968. Era proibido o uso de anéis, brincos, unhas longas e/ou pintadas. Gradativamente, houve mudanças até a definitiva em 1980, em que se exige o uso de calça jeans, blusa e jaleco branco, tanto para homens quanto para mulheres (ARAÚJO, 2002).

Em seis de novembro do ano de 1978, a escola torna-se faculdade através do processo n. 9.387/78, o que determina a transferência da estrutura da antiga escola para a universidade da cidade, funcionando, contudo, como Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina. Cabe ressaltar que a Faculdade de Enfermagem só foi reconhecida como tal a partir da Portaria n. 1.084/79 do Ministério da Educação e Desporto com regulamentação pelo Decreto n. 83.857, de 29 de outubro de 1979 (BRASIL, 1979a; CASTRO, 1999).

O currículo pleno do curso, já vinculado à universidade, que se adequou ao Parecer n. 163, de 28 de janeiro de 1972 (BRASIL, 1974), foi chamado “Currículo 001”. Este manteve-se até o ano de 1992 como currículo base na formação de enfermeiros, sofrendo alterações pelas Resoluções n. 03/86, 68/88 e 40/90 do Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão (CEPE) da Universidade. O “Currículo 001”, após a última alteração, era desenvolvido em 3.960 horas-aula, sendo 2.955 horas-aula em disciplinas obrigatórias e 1.005 para o estágio. Compunham o mesmo 51 disciplinas distribuídas em oito períodos letivos (CASTRO, 1999).

Estas disciplinas estavam divididas em três momentos, de acordo com o que foi estabelecido pela Resolução n. 004/72 do CFE: pré-profissional, com disciplinas comuns aos cursos da área de saúde; tronco profissional comum, disciplinas com conteúdos específicos de enfermagem e, as habilitações, que especializavam o enfermeiro em áreas específicas: enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem em obstetrícia e enfermagem de saúde pública. A licenciatura em enfermagem, aprovada pela Portaria n. 13/69 do MEC, habilitava, e continua até o momento atual formando enfermeiros para ministrar os Programas de Higiene e Enfermagem e Saúde em nível de primeiro e segundo grau. Isso mediante o cumprimento de disciplinas específicas ministradas na Faculdade de Educação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2010).

Merece destaque no “Currículo 001” a introdução da disciplina “Pesquisa e Estatística Vital”, demonstrando preocupação por parte da universidade e professores com o desenvolvimento científico da enfermagem (CASTRO, 1999).

No ano de 1985, simultaneamente à reforma curricular, ocorrem movimentos para reformas administrativas. Através da Resolução n. 18/85, o CEPE propõe ao Conselho Universitário (CONSU) a criação da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, deixando de ser um departamento da Faculdade de Medicina. Esta seria composta por três departamentos: Departamento de Enfermagem Básica, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública e Departamento de Enfermagem Aplicada (CASTRO, 1999). Cabe ressaltar que estes departamentos compõem a Faculdade até os dias de hoje.

Em 21 de fevereiro do ano de 1986, foi criada a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia através da Resolução n. 03/86, contudo, só no ano de 1991, a mesma deixou de ser um departamento da Faculdade de Medicina e passou a integrar as Faculdades do setor saúde, junto com Farmácia e Bioquímica, Odontologia e

Medicina (CASTRO, 1999). A partir da Resolução 10/95, a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia passa a ser denominada Faculdade de Enfermagem (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2010).

Decorrente de discussões e seminários que se iniciaram no ano de 1986, um novo currículo pleno (Currículo 002) é proposto no ano de 1990. Constituído por 45 disciplinas distribuídas em oito períodos letivos, 3.060 horas-aula em disciplinas obrigatórias e diminuição de 1.005 para 765 horas de estágio, este currículo visa à formação básica do enfermeiro. Nesse sentido, o novo currículo traz em seu bojo o rompimento com velhos paradigmas, distanciando-se de conhecimentos específicos da medicina para adentrar em conhecimentos próprios da enfermagem, favorecendo a consolidação do seu saber (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2010; CASTRO, 1999).

Com a promulgação da Portaria do MEC n. 1.721/94, o “Currículo 002” teve que passar por adequações, principalmente no que diz respeito à distribuição da carga horária entre disciplinas administrativas, assistenciais e estágio. As disciplinas administrativas tiveram elevação para 525 horas-aula, acarretando redução em horas nas disciplinas assistenciais e o estágio obrigatoriamente passou a ser desenvolvido nos dois últimos semestres letivos. No total, o curso passou a ter 3.840 horas-aula (CASTRO, 1999).

Em cumprimento às exigências das Leis de Diretrizes da Educação (LDB) de 1996, no ano de 2000, a partir do empenho da Comissão de Reforma Curricular da Faculdade de Enfermagem, foram acrescentadas ao currículo as seguintes disciplinas de caráter obrigatório: Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem I (68 horas-aula) e Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem II (170 horas-aula) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2010).

A partir do ano 2000, período em que ingressamos na instituição como aluno de graduação, o currículo do curso tem sido constantemente discutido, cabendo à Comissão de Reforma Curricular o intermédio das mudanças.

A estrutura curricular do curso no que se refere à carga horária, conteúdo programático, nomenclatura, creditação, periodização, se estabelece conforme recomendações da Portaria n. 1.721/94 e a Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais de 7 de novembro de 2001 e, por conseguinte, propostas dos Departamentos e Coordenação do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2010). Dessa forma, as mudanças ocorrem no intuito de formar enfermeiros aptos a intervir

em uma sociedade dinâmica e heterogênea, mediante o que estabelece o Sistema Único de Saúde.

Nosso contato com a Faculdade de Enfermagem tem sido de bastante proximidade – graduação entre 2000 e 2004; Residência em Enfermagem na Saúde do Adulto entre 2005 e 2007; Mestrado Acadêmico entre 2010 e 2012. Isso permitiu-nos acompanhar significativas transformações.

Em 2001, iniciavam as atividades da primeira turma de Residência em Enfermagem da região e primeira da área hospitalar de Minas Gerais. Com projeto do ano de 1999, o primeiro programa, mesmo tendo foco hospitalar, foi pensado de forma a abarcar toda uma coletividade de cuidados dentro do ciclo vital, sendo denominado “Enfermagem na Saúde do Adulto”. A intenção era qualificar os egressos da faculdade; contudo, como se tratava de um concurso aberto, logo apareceram estudantes de outras instituições de diversos estados do país, o que tem contribuído para o intercâmbio cultural. Essa modalidade de residência tem oferecido duas vagas anuais, somadas às quatro vagas oferecidas pelo programa de Residência de Enfermagem na Atenção Primária, criado no mesmo ano (CARBOGIM et al., 2010).

No dia 19 de agosto de 2010, são iniciadas as atividades do mestrado acadêmico em enfermagem da faculdade, concretizando o esforço e empenho de cinco anos dos professores do Departamento de Enfermagem Aplicada.

A Resolução n. 4, de 6 de abril de 2009 (BRASIL, 2009), estabeleceu procedimentos relativos à integralização e duração mínima de alguns cursos na área de saúde. Assim, a graduação em enfermagem passa a ter uma carga horária mínima de 4.000 horas, integralizada em cinco anos. Para atender ao que determina a referida resolução, a faculdade de enfermagem em foco abriu discussão para elaboração de uma grade curricular com dez períodos.

Dessa forma, apresentamos, no Anexo A, a matriz curricular do curso, contendo as disciplinas por período e a respectiva carga horária. O Anexo B contém o componente curricular obrigatório, com a ementa e bibliografia básica das disciplinas.

A partir do terceiro período, além das disciplinas obrigatórias, também são oferecidas disciplinas opcionais para alunos que, concomitantemente ao bacharelado, optarem por licenciarem-se em enfermagem.

Com a oferta de 81 vagas anuais para graduação, dez vagas anuais no mestrado, seis vagas em residência, além de especializações em Terapia Intensiva (neonatal e adulto) e Estomaterapia, a faculdade progride em busca da qualidade, estabelecendo como missão:

[...] a excelência na formação de enfermeiros e ser referência local, regional, nacional e internacional na capacitação contínua e permanente de recursos humanos em enfermagem. Por meio do ensino, da pesquisa e da extensão articula a Graduação e a Pós-Graduação, contribuindo efetivamente para a promoção da qualidade de vida da população considerando a realidade do contexto sociopolítico, econômico e cultural micro e macroregional. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2011, p. 11).

5.3 APROXIMAÇÃO DO CENÁRIO E SELEÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Estabelecemos contato com a Direção da Faculdade de Enfermagem no mês de outubro de 2010, sendo apresentados o projeto de pesquisa, os objetivos do trabalho e esclarecidas as dúvidas. Em seguida, solicitamos autorização para realização da pesquisa na instituição, o que foi formalizado pela assinatura da folha de rosto. Após esse processo, encaminhamos o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) de uma Universidade Federal de Juiz de Fora para apreciação. O mesmo foi aprovado no mês de dezembro de 2010 pelo CEP com o Parecer n. 305/2010, sob o número de Protocolo 2222.282.2010 (Anexo C), atendendo às exigências da Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996a).

Definimos como critério de inclusão dos sujeitos: docentes efetivos da graduação em enfermagem, com dedicação exclusiva e que aceitassem participar da pesquisa, excluídos os afastados por motivo de doença ou estudo. Quanto aos alunos, os que estivessem regularmente matriculados, cursando o nono período de graduação⁷ e que aceitassem participar da pesquisa, excluídos os afastados por

⁷ O 9º período foi estabelecido como critério de inclusão dos alunos, por se tratar do último semestre da graduação em 2011, ano em que se realizou a coleta de dados. Dessa forma, acreditamos que os alunos terão uma visão global do curso, podendo contribuir mais ricamente para a pesquisa. Cabe salientar, que, no período de coleta de dados (março a junho de 2011), a nova grade curricular com dez períodos ainda não vigorava.

qualquer motivo. No que tange a ambos, professores e alunos, o convite para participação da pesquisa foi estabelecido por e-mail ou telefone, respectivamente, sendo excluídos: sujeitos que se negaram a participar, que não responderam ao e-mail (sendo esta forma de convite repetida por duas vezes em um período aproximado de 30 dias entre as mensagens) e os que aceitaram inicialmente, mas, por motivos pessoais, cancelavam ou adiavam excessivamente a entrevista.

Estabelecemos contato com todos os professores por meio de um convite formal, utilizando *e-mail* disponível no *site* da faculdade. Quanto aos discentes, foi estabelecido, inicialmente, contato pessoal com quatro alunos em um campo de estágio e, a partir deles, que também fizeram parte do estudo, obtivemos números telefônicos para contatos com os demais.

5.4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Dos 45 docentes e 354 estudantes da Faculdade de Enfermagem em estudo, participaram da pesquisa 11 professores (P) e 12 alunos (A) do 9º (nono) período.

Consta no Quadro 1 e no Quadro 2 a caracterização dos sujeitos do estudo.

No Quadro 1, apresentamos o perfil dos professores, indicados pelo gênero, idade, tempo de formado, maior titulação, tempo de docência, tempo na instituição, disciplinas que ministram, participação na elaboração do currículo. Dos 11 professores entrevistados, dez são do gênero feminino e um, masculino, com idades entre 37 e 60 anos. O tempo de formado variou entre 12 e 35 anos.

Quadro 1 – Caracterização dos professores

SUJEITOS	GÊNERO	IDADE	TEMPO DE FORMADO	MAIOR TÍTULO	TEMPO COMO DOCENTE	TEMPO NA INSTITUIÇÃO	DISCIPLINA QUE MINISTRA	ELABORAÇÃO DO CURRÍCULO
P1	F	49	26	Doutor	18	18	S. Adu	Sim
P2	F	37	12	Doutor	9	7	S. Mulher; TCC; Pesq. Enf; ECS	Sim
P3	F	60	33	Doutor	31	33	Enf. CC/CME	Sim
P4	F	41	16	Doutor	4	1	Fund. Enf.	Não
P5	F	56	34	Mestre	34	32	Enf. S. Cça	Sim
P6	F	57	35	Doutor	25	25	S. Adulto; TCC; ECS	Não
P7	F	49	26	Doutor	24	16	Adm. Enf.; TCC	Sim
P8	F	38	16	Mestre	13	12	Fund.Enf.	Sim
P9	F	50	25	Doutor	11	2	Adm. Enf.; Fund. Enf.	Sim
P10	M	47	17	Doutor	17	17	Saúde Mental	Sim
P11	F	58	32	Mestre	32	17	Saúde Mental; ECS; TCC	Sim

Fonte: O autor

Legenda: F: feminino; M: masculino; S.adu: Saúde do adulto; S. Mulher: Saúde da Mulher; TCC: Trabalho de Conclusão de Curso; Pesq. Enf: Pesquisa em Enfermagem; ECS: Estágio Curricular Supervisionado; Enf. CC/CME: Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado; Fund. Enf.: Fundamentos de Enfermagem; Enf. S. Cça: Enfermagem em Saúde da Criança; Adm. Enf.: Administração em Enfermagem

No que diz respeito à titulação, oito são doutores e três são mestres. O tempo que exercem a docência oscilou entre quatro e 34 anos. Quanto ao tempo em que trabalham na instituição, houve variação de um a 33 anos. Em relação às disciplinas que ministram, dois são responsáveis pela Saúde do Adulto (S. Adu.); um por Saúde da Mulher (S. Mulher); quatro pelo Trabalho de Conclusão de Curso (TCC); um por Pesquisa em Enfermagem (Pesq. Enf.); três pelo Estágio Curricular Supervisionado (ECS); um por Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado (Enf. CC/CME); três por Fundamentos de Enfermagem (Fund. Enf.); um por Enfermagem em Saúde da Criança (Enf. S. Cça); dois por Administração em Enfermagem (Adm. Enf.) e dois por Enfermagem em Saúde Mental. Cabe ressaltar que cinco professores ministram aula em duas ou mais disciplinas. Quanto à participação na elaboração de mudanças curriculares, nove participaram e dois não.

No Quadro 2, apresentamos o perfil dos alunos, caracterizados pelo gênero e idade. Sendo, 11 do gênero feminino e um do gênero masculino, com idades que variaram de 21 a 36 anos.

Quadro 2 – Caracterização dos alunos

SUJEITOS	GÊNERO	IDADE
A1	Feminino	22
A2	Feminino	23
A3	Feminino	36
A4	Feminino	21
A5	Feminino	23
A6	Feminino	22
A7	Feminino	24
A8	Feminino	23
A9	Feminino	25
A10	Feminino	21
A11	Feminino	25
A12	Masculino	25

Fonte: O autor

5.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e junho de 2011. As técnicas utilizadas foram entrevistas individuais com roteiro semiestruturado (Apêndice A) e análise documental.

As entrevistas foram realizadas até obter-se saturação em relação ao conteúdo manifesto pelos sujeitos (professores e alunos). Após essa constatação, foram efetuadas outras duas entrevistas, em cada grupo, para confirmação da saturação.

Para esse procedimento, utilizamos um gravador digital, onde as falas eram armazenadas e, em seguida, transcritas na íntegra, tornando-se material de análise. Ao final todas as falas, foram transferidas em um disco compacto (CD). Este, junto com as falas transcritas, será mantido com o pesquisador por cinco anos após o término da pesquisa, sendo, ao final desse período, destruídos.

No processo de análise documental, nos valem da proposta de Silva (2005) fundamentada na hermenêutica-dialética. Para tal, foram utilizados o Projeto Político-Pedagógico do Curso e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem.

Cabe ressaltar que nos favoreceu a utilização de um bloco de anotações (diário de campo), em que descrevíamos nossas impressões acerca do contexto institucional, seu cotidiano a partir de fatos e atitudes percebidas.

Nas conversas informais com os sujeitos da pesquisa, que ocorriam antes de ou após desligarmos o gravador, surgiam assuntos com uma riqueza de dados que não podiam ser perdidos. Assim, no diário de campo, como propõe Minayo (2010, p. 295), anotávamos “[...] resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados [...]”, o que, não raro, nos fez questionar sobre os rumos da pesquisa, qual o instrumento de análise de dados melhor se adequaria àquela realidade expressa nas falas.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Tendo em vista as características histórico-culturais do objeto de estudo e a fundamentação teórica em que se sustenta, os dados foram interpretados à luz da hermenêutica dialética. A junção destas duas perspectivas teóricas e interpretativas da linguagem humana viabiliza “a subjetivação do objeto e objetivação do sujeito [...]” (MINAYO, 2010, p. 327). Dessa forma, a fala expressa pelos sujeitos é resultado de uma realidade concreta que também é influenciada pelo discurso.

Segundo Ghedin (2004), a linguagem possui poder em si mesma e consiste, por um lado, em instrumento de dominação, mas pode se constituir em resistência cultural e política. Logo, aclarar esta realidade, através das falas dos sujeitos, ricas de sentidos e signos, vislumbra a possibilidade de alcançar o real em seu cotidiano.

A hermenêutica se ocupa da compreensão dos textos, tendo o presente como ponto de partida para conexão entre o passado e futuro, entre o singular e o geral, contidos na realidade e mediados por meio da linguagem. Contudo, a necessidade de compreensão só aparece quando há um estranhamento, uma dificuldade no entendimento. Para compreensão, o investigador se vale da comparação, considerando o que é comum, e da análise particular, compreendendo o que é característica individual, com o intuito de esclarecer o contexto em que falas emergem (MINAYO, 2010).

Já a dialética apresenta o movimento de pensamento e crítica como instrumento para se alcançar a verdade e a realidade objetiva. “Parte da contemplação direta para o pensamento abstrato e deste para a prática” (KRAPIVINE, 1986, p. 218). Para Minayo (2010), a dialética mostra-se como ferramenta interpretativa da realidade a partir dos acontecimentos históricos e produz representações das ideias e falas. Considera que nada é estático e desvinculado da história, sendo um processo em transformação.

Por um lado, a hermenêutica trata da linguagem a partir dos consensos e sua compreensão, de outro, a dialética vale-se do conflito e da contradição para compreender a realidade. Ambas, assim, contribuem para produção de racionalidade nos processos sociais, permitindo transcender a fala expressa e alcançar os sentidos velados (MINAYO, 2010).

A operacionalidade adotada para análise dos dados seguiu os momentos da hermenêutica dialética proposta por Minayo (2010): ordenação dos dados; classificação dos dados e relatório final.

A ordenação dos dados ocorreu a partir do estabelecimento de um mapa horizontal constituído pelas descobertas de campo, a saber: transcrição das falas, nova leitura do material, ordenamento das falas e disposição adequada dos dados observados. Trata-se de um procedimento hermenêutico em que o material empírico apresentado como corpus poderá ser tecnicamente analisado.

A classificação dos dados foi estabelecida através de uma leitura horizontal e exaustiva de cada dado, procurando nexos entre as informações, o que permitiu emergir as ideias centrais. As categorias analíticas foram elaboradas a partir da fundamentação teórica e as categorias empíricas, por intermédio do cotidiano expresso nas falas e documentos. Procedemos à leitura transversal, analisando as falas por subconjuntos e em sua totalidade. Em seguida, realizamos recorte das entrevistas em unidades de sentido, que, por se apresentarem em grande número, sofreram um novo refinamento, sendo reagrupadas em categorias centrais que deram origem às categorias empíricas (Quadro 3). Estas constituíram as categorias de análise do trabalho, sendo examinadas e aclaradas através do movimento de pensamento entre os pontos de vista do autor, de teóricos e pelas concepções vigotskianas, buscando responder aos objetivos do estudo. O relatório final diz respeito às considerações finais expressas no fecho do trabalho, contudo há que se considerar tal momento como uma produção provisória.

Quadro 3 – Análise das falas com algumas unidades de sentido

CATEGORIAS ANALÍTICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS	UNIDADES DE SENTIDOS
Formação do Enfermeiro	Percebendo e Cuidando como um Todo Inter-relacionado	<p>“[...] é priorizar o doente, ver o doente como um todo”. (P4)</p> <p>“[...] percebe o indivíduo como um todo... considerar tanto os aspectos físicos quanto aspectos socioculturais, emocionais, psicológicos” (P5)</p> <p>“[...] você conseguir abranger as necessidades humanas básicas dele como um todo”. (A4)</p> <p>“Acho que a integralidade no cuidado da enfermagem é você tratar o paciente como um todo, né”? (A11)</p>

Fonte: O autor

6 RESULTADOS

6.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Antes de adentrarmos na análise das entrevistas propriamente ditas, apresentaremos, resumidamente, aspectos centrais de alguns documentos que norteiam as ações pedagógicas da faculdade em questão. Acreditamos que essa síntese facilitará a compreensão das recomendações pedagógicas nacionais e institucionais. Além disso, estamos convencidos de que o cotidiano institucional encontra-se imbuído dos preceitos estabelecidos por esses documentos, já que legitimam legal e socialmente o objetivo da instituição. A nosso ver, isso facilitará o entendimento das análises subsequentes.

Seguiu-se a sistematização de Silva (2005) como proposta à análise documental fundamentada na hermenêutica-dialética:

- Aproximação dos conteúdos a partir de leitura superficial;
- Estabelecimento das unidades de sentido (ou ideias centrais), resultantes da leitura transversal com anotações à margem dos documentos;
- Agrupamento das ideias centrais no Quadro 4 a partir de elementos-chave dos documentos que se relacionam à integralidade do cuidado. Os elementos pontuados no quadro dizem respeito à formação do enfermeiro, tendo em vista tópicos pedagógicos fundamentais, definidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e pelo Projeto Político-Pedagógico (PPP).

Quadro 4 – Análise Documental: Unidades de Sentido para formação do enfermeiro a partir das DCNs e PPP

Formação do Enfermeiro	DCN	PPP
Objetivo	<p>A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.</p>	<p>Formar o profissional com vistas à integralidade da assistência, articulada ao contexto sociocultural, político e econômico no qual a atenção à saúde, individual e coletiva, está inserida. Estabelecer como eixo norteador a compreensão do indivíduo como ser holístico, tendo em vista os princípios do SUS, a hierarquização das ações de saúde, a humanização da assistência, a intersetorialidade, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade como diretrizes.</p>
Estratégias Pedagógicas	<p>Articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo. Implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender; o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais</p>	<p>Articular ensino, pesquisa e extensão na formação. Estabelecer atividades e experiências planejadas e orientadas de modo a possibilitar aos alunos a construção da trajetória de sua profissionalização, permitindo que os mesmos possam construir seu percurso de profissionalização com uma sólida formação geral, além de estimular práticas de estudos independentes com vistas a uma progressiva autonomia intelectual e profissional.</p>
Sujeitos Envolvidos	<p>Aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem; efetiva participação dos enfermeiros do serviço</p>	<p>Participação do educador e do educando como elemento questionador e incentivador da construção e da transformação do conhecimento, envolvendo docentes, discentes e egressos do curso.</p>

Conteúdo Curricular	<p>Conteúdos essenciais relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Avaliação baseada nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos.</p>	<p>Sua estrutura curricular constitui as seguintes áreas temáticas: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais e Ciências da Enfermagem (Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem). As disciplinas teóricas têm como estratégia de ensino a interdisciplinaridade. Um mesmo tema é discutido por diferentes disciplinas afins, mesmo que de áreas diferentes, com a elaboração de trabalhos escritos e atividades práticas com vistas à sedimentação do conhecimento. Os critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem se dão conforme o Regulamento Acadêmico da Graduação.</p>
Locais de Ensino	<p>Hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica e comunidade; Atividades de monitoria, estágios, iniciação científica e extensão.</p>	<p>Hospitais gerais e especializados, ambulatórios, clínicas gerais e especializadas, rede básica de serviços de saúde, escolas de ensino fundamental e médio, creches, instituições de apoio aos idosos e comunidades. Laboratórios, monitoria, estágios e iniciação científica.</p>

Fonte: O autor

6.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Apresentaremos, a seguir, a análise das entrevistas com alunos e professores, tendo como fundamento o referencial teórico e a abordagem histórico-cultural. Procedemos à análise das falas, classificando-as segundo o procedimento da hermenêutica dialética proposta por Minayo (2010), exemplificado no Quadro 3.

Com intuito de manter o anonimato dos participantes, os alunos foram identificados pela letra “A” acompanhada pela numeração da entrevista; da mesma forma os professores foram identificados pela letra “P” seguida da numeração da entrevista.

6.2.1 Percebendo e cuidando como um todo inter-relacionado

Nesta primeira categoria, discutiremos os sentidos e significados estabelecidos pelos docentes e acadêmicos de enfermagem ao paradigma da integralidade do cuidado.

Este paradigma ressoa no pensamento de Boff (2004, p. 33) para o qual o cuidado, mais que um ato, diz respeito a “uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Presente no modo de ser dos indivíduos, o cuidado está imbuído na essência humana que constrói o mundo e as relações a partir de laços afetivos.

Apesar de a enfermagem desenvolver em sua essência laboral o cuidado, a perspectiva da integralidade é algo recente na profissão. Como destaca Waldow (2004), tradicionalmente o cuidado de enfermagem privilegiava a técnica e procedimentos, servindo-se de instrumentais e materiais a serem aplicados em alguma parte do corpo.

Fazendo frente ao enfoque tradicional, a enfermagem do século XX, nos embates para se estabelecer enquanto profissão portadora de um corpo de conhecimentos próprios, vislumbrou na pesquisa e no ensino meios de significar o cuidado prestado aos clientes/pacientes de forma abrangente, disseminando em seus profissionais os ideais da integralidade do cuidado.

A definição dessa perspectiva está fundada no corpo teórico diversificado que se multiplicou principalmente a partir da década de 1960, reconhecendo o cuidado como núcleo estruturante da profissão (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2006).

Por teoria em enfermagem entende-se um delineamento conceitual criativo e rigoroso que busca resolver os fenômenos concretos a partir de uma visão sistemática, hipotética e proposital (CHINN; KRAMER, 2004⁸ apud McEWEN; WILLS, 2009).

Corroborando, Geovanini (2010) acredita que o ato de cuidar é a base da profissão e encontra respaldo nas teorias de enfermagem que vislumbram a

⁸ CHIMM, P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing: integrated knowledge development**. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2004.

integralidade do ser humano em um contexto biopsicossocial, inserido em um ecossistema.

Em Gelbcke e outros (2011), integralidade do cuidado é a superação das divisões estabelecidas no dia a dia, de modo a agregar objetividade e subjetividade, compreendendo o ser humano como um ser indivisível, subjetivo, com manifestações objetivas.

Essas concepções foram encontradas nas falas dos sujeitos, demonstrando consenso, o que indica, a nosso ver, uma coerência ideológica. Como se pode observar, nas falas abaixo revelam a amplitude do sentido de cuidado, transcendendo as questões puramente biológicas:

Acho que a integralidade no cuidado da enfermagem é você tratar o paciente como um todo, né? Enxergar ele, tanto na sua patologia, nas questões sociais, culturais, é... não considerar só a sua patologia e tratar somente ela. (A11)

[...] perceber o indivíduo como um todo... considerar tanto os aspectos físicos quanto aspectos socioculturais, emocionais, psicológicos, é... chamado de atendimento holístico, né? (P5)

Integralidade do cuidar é você cuidar deste ser humano, independente, de que, é... de rotular como uma... situação biológica, mas você cuidar dele num todo. (P3)

Os entrevistados apontaram que integralidade do cuidado na enfermagem é estabelecer uma relação com pessoas que demandam assistência (cliente/paciente), compreendendo suas necessidades em uma perspectiva multifacetada, expressa, dentre outros, pelo campo social, psicológico, econômico e espiritual.

Nesse sentido, a enfermagem, enquanto ciência do cuidado humano, apesar das dificuldades impostas pelo modelo médico hegemônico, tem se pronunciado no sentido de superar o enfoque puramente técnico e procedimento centrado, para produzir vínculo. Essa questão fundamental, intrínseca às concepções dos sujeitos da pesquisa, é responsável por mediar a cultura da integralidade que se vale do diálogo consciente como catalizador para intervenção cuidativa, da mais simples às mais complexas. Desse modo, na relação cuidador-ser cuidado, se o último for valorizado em sua cultura, história de vida, sentimentos e experiências, vislumbrar-se-á o cuidado integral em sua plenitude.

Para Vigotski (2010b), é a partir do contato entre pessoas que surgem possibilidades para novas percepções interiores que poderão levar a processos de aprendizado e desenvolvimento. Logicamente, esse contato deve ser pautado em atitudes de respeito à cultura e historicidade de cada indivíduo, permitindo uma relação de confiança, cooperação e honestidade.

Assim, em uma perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar, encontrou-se respaldo na concepção histórico-cultural que, em seus fundamentos, revela o papel crucial da interação entre indivíduos, principalmente mediada pela fala, como responsável pelo desenvolvimento humano em sua totalidade.

No sentido de superar o reducionismo, esta abordagem vislumbra a integralidade humana, unindo dialeticamente processos externos e internos, corpo e mente, ser biológico e social, sempre envolvido no processo histórico, influenciando e sendo influenciado pela cultura (FREITAS, 2002).

Podemos considerar o cuidado sob esse enfoque como processo interativo que permite o desenvolvimento humano em seus vários momentos de vida, tendo relação com aspectos históricos e culturais. Destarte, o cuidador aceita o outro na sua maneira de ser, como uma pessoa independente, com seu ritmo de desenvolvimento, a partir da interação não imposta, mas pactuada.

É preciso deixar claro que não queremos menosprezar o valor do cuidado desenvolvido a partir de procedimentos e técnicas. Contudo, acreditamos que a integralidade transcende esta abordagem e traz à tônica do discurso a importância de tecnologias que signifiquem a relação de cuidado e indiquem caminhos para o desenvolvimento do paciente-cliente no seu modo viver.

Corroborando, Waldow (1999) diz que o cuidado, ação maior da enfermagem, tem como meta não apenas a cura. A partir de seus conhecimentos, que também são técnicos, mas envolvem atitudes e comportamentos, o enfermeiro dirige o seu olhar para o alívio do sofrimento, manutenção da dignidade humana, dispondo dos meios para lidar com as crises, bem como o viver e o morrer.

Essa interação, entre processos técnicos, atitudes e comportamentos, amplia o caráter de compreensão para com aquele que recebe o cuidado. Permite um raciocínio de cuidado e intervenção que supera a padronização para gerar uma resposta às especificidades do paciente/cliente. Tal compreensão ampliada aparece no discurso dos sujeitos:

Vamos supor, fazer a aferição de uma PA. Então, a gente procura, primeiro conhecer aquela pessoa, onde ela vive, como é que ela está, porque ela está ali, quais são os problemas existentes, pra que, depois, a gente possa está fazendo aferição de PA, para que a gente possa está ofertando o cuidado. (P4)

O CTI é um local cheio de procedimentos complexos, mas acho que cuidados não é só procedimento. Para mim, é entender quando cuida o que o paciente e família necessitam. Às vezes, isso é mais importante que um cateterismo vesical, um cateter nasoentérico, naquele momento, para um paciente terminal. (A7)

Quanto mais flui o processo de fazer enfermagem, de cuidar das pessoas, mais a integralidade tem chances de aparecer, né? (P1).

Percebe-se, a partir das falas, a possibilidade de transformação da racionalidade técnica em mediador das práticas de cuidado contextualizadas e integrais. Destarte, dá-se voz e direito de opinião ao usuário que orienta as ações de saúde a partir de sua subjetividade.

Cabe salientar que, a partir do capitalismo, as ações de saúde assumiram com maior expressividade o caráter normativo sobre o corpo, com o objetivo de disciplinar, regular e mesmo potencializar a força produtiva humana para o trabalho (FOUCAULT, 2001b). Acerca disso, Ayres (2004) 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. De outra forma, o cuidado pode e deve apoiar-se na tecnologia, contudo a ela não deve limitar-se.

Nesse sentido, Silva (2005) destaca que, para o efetivo desempenho da integralidade do cuidado, um caminho seria construir e levar em conta meios alternativos que valorizem os clientes/pacientes em seus saberes e fazeres, superando o apreço às normas e técnicas.

Nas falas abaixo, evidencia-se esta perspectiva, tomando por base a experiencição e a alteridade do ser humano que pode ser cuidado dentro de um contexto repleto de significados e sentidos:

A integração do ser humano com a natureza. Às vezes, a gente leva uma vida muito artificial, é... eu acho que teria que partir dessa perspectiva, né? Para poder realmente conseguir integrar os demais. Os demais assim: terapias diferentes, conhecimentos diferentes, eles todos vão sendo assim, sempre algo a mais que vai ajudar a mais nesse trabalho com o ser humano integral, como um todo. (P8)

[...] E aí o cuidado... a integralidade numa atenção primária, por exemplo, a forma é... entender a comunidade, entender o paciente, está inserido no contexto dele, na vida dele. E... perceber a vida dele. É... de que forma os fatores, né? É... trabalho é... filhos, profissão, dinheiro, renda familiar. De que forma isso tudo tem um impacto nele. (A2)

[...] eu acredito que a integralidade do cuidar é você cuidar deste ser humano, independente, de que, é... de rotular como uma... situação biológica, mas você cuidar dele num todo, como um ser que é existencial... vendo esse sujeito em todas as situações, como a sua situação de ser dentro de uma casa, de uma família, uma comunidade, dentro do seu ambiente de trabalho, né? (P3)

A esse respeito Pinheiro e Ceccim (2006) entendem o cuidado integral como prática social guiada pelas sensações do outro e mediada pela assistência, contudo para esse entendimento, há a necessidade de compreender a coexistência indispensável entre conhecimentos científicos e populares, entre técnicas convencionais e não convencionais complementares.

Podemos não concordar com determinados saberes populares implicados nas questões de saúde, contudo não podemos desconsiderá-los como se não existissem. Se assim o fizermos, estaremos desenvolvendo um cuidado de caráter assimétrico, sem a participação genuína do cliente/paciente. Uma tarefa fundamentalmente comprometida com o ser cuidado é a revalorização da dignidade dos saberes não técnicos (AYRES, 2004).

Contudo, importante seria para os enfermeiros a busca e aprofundamento em teorias e métodos de assistência que orientem a perspectiva da integralidade do cuidado concernente com aspectos históricos, sociais e culturais para a compreensão do ser humano total, no seu modo de ser e estar no mundo. Segundo a teoria histórico-cultural, apreendemos que o cuidado que valoriza as experiências de vida, o cotidiano e as relações sociais instituídas por grupos e coletividades atua como mediador eficaz, transformando a realidade da saúde, muitas vezes fragmentada e descontextualizada, em prática interativa, resolutive e produtora de autonomia.

Acreditamos que as ações de enfermagem não podem estar embasadas em atividades meramente técnicas e verticalizadas, mas em processos dialógicos e problematizadores que valorizem a história e a cultura do indivíduo, favorecendo a aquisição de condições adequadas de saúde.

Logo, mudanças são necessárias nas práticas pedagógicas do ensino de enfermagem, vislumbrando um novo paradigma que valorize o pluralismo sociocultural e a parceria entre quem oferece e quem recebe o cuidado. Assim, podendo alcançar a tão almejada integralidade do cuidado pela via da individualidade histórica de cada cliente/paciente.

6.2.2 Integralidade do cuidado no Ensino de Enfermagem: uma realidade em construção

Na atualidade, cada vez mais críticas incidem sobre o modelo formativo em saúde, em virtude da baixa efetividade/resolutividade em preparar profissionais capazes de responder às reais necessidades de saúde da população.

O modelo de que falamos, e que persiste hegemonicamente, destaca e classifica a doença como “um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo” (FOUCAULT, 2001a, p. 155).

Nessa lógica, os profissionais são formados para corrigir distorções mensuráveis a partir de um padrão preestabelecido que se perpetua através do ensino nas faculdades. Contudo, tal padrão é insuficiente para atender as demandas de saúde no contexto sócio-histórico-cultural vigente.

Segundo Optiz e outros (2008), conforme cada momento histórico, a Universidade produziu conhecimentos referentes às demandas sociais, culturais, políticas e econômicas da sociedade, configurando os meios e métodos de ensino.

Assim, o posicionamento das universidades no século XX foi o de legitimar o conhecimento científico, desenvolvendo projetos pedagógicos e estruturas de ensino coerentes com a produção tecnológica, preparando profissionais tecnicamente capazes de cumprir as exigências da modernidade.

Na área de saúde, o caminho seguido no cumprimento dessas exigências foi o da crescente especialização, tomando por base o paradigma flexneriano, para formar profissionais que atendessem ao modo de produção, com ênfase na neutralidade emocional e na eficiência técnica (FERNANDES et al., 2003). Nesse

contexto, estrutura-se o modelo biomédico altamente especializado, que define o ensino nas faculdades a partir de uma abordagem tecnicista, centrada em procedimentos, conhecimentos de equipamentos e patologias, influenciando a estruturação curricular fragmentada.

Por outro lado, para Silva e Tavares (2004), a proposta da integralidade enquanto direcionador do ensino em saúde é superior às exigências produtivistas e mercantis do mundo do trabalho. Segundo uma base crítica e libertadora, a abordagem nessa perspectiva torna o ensino permeável à construção da visão ampliada da saúde enquanto produção social.

Tal perspectiva encontra respaldo na teoria histórico-cultural que vislumbra o indivíduo a partir de sua história singular, constituída por estruturas biológica, cultural e social. Segundo Fava e outros (2011, p. 85), podemos obter na teoria histórico-cultural “a relevância da subjetividade mediada pela cultura na interpretação dos significados relacionados ao processo saúde-doença e a doença como processo sociocultural”.

Dessa forma, o ensino em saúde respaldado por esses preceitos enfatiza a história humana que se transforma na experiência com o outro, construindo meios para mudança e desenvolvimento. Pois, como afirma Vigotski (2010b), são nas relações reais entre indivíduos que as funções superiores originam-se, modificando comportamentos e transformando a relação com o ambiente.

O desafio encontra-se em romper com a formação especializada, legitimadora do modelo biomédico que atua sobre patologias, a partir de tecnologias altamente sofisticadas, 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.

Apesar do empenho do Estado na reorientação das políticas públicas de saúde no tocante à formação de recursos humanos, muitas transformações ainda devem acontecer nos espaços de formação do profissional enfermeiro.

Professores e alunos, no cenário de estudo, reconhecem essa fragmentação e expressam em suas falas a influência exercida pelo modelo biomédico, altamente especializado que prioriza a doença no ensino e nas ações de saúde:

Eu vejo o ensino do cuidado fragmentado, pensado no modelo médico, modelo prescritivo, pra atender a esse modelo assistencial que a gente tem aí, que é o modelo hegemônico do médico. (P10)

Então, eu acho que o processo de ensino...especializado, ele tira a gente um pouco da profundidade do fazer. Isso faz com que divida a pessoa. Então eu acho que a gente perde muito nesse sentido. (P1)

Em setor fechado, por exemplo, o estágio no CTI que eu acho que assim, que a gente fica tão focado ali, a gente fica tão focado naquele problema do paciente, ali, que a gente esquece mesmo de conversar com ele. (A8)

Muitas vezes, o paciente é dividido em órgãos, né? Tratado a patologia dele. Por exemplo, se ele tem um problema no rim: ah, o paciente de crise renal, você já foi lá?. (A11)

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 inseridas no contexto terapêutico.

Logo, evidencia-se nos discursos acima a descrição de um processo de aprendizado e cuidado especializado, racional e técnico, pobre em sentidos e significados enquanto valores-base para uma verdadeira relação terapêutica. Nessa perspectiva, a capacidade de resposta concentra-se em corrigir distorções, ficando relegada a segundo plano a alteridade e escuta das reais necessidades de quem recebe a assistência.

Sob essa lógica, acreditamos que o enfoque no biológico e a complexidade tecnológica em saúde influenciaram a estrutura curricular. Desenvolvido através de disciplinas departamentalizadas por área, em que estão concentrados os docentes, conforme sua respectiva especialização, o ensino ocorre sem articulação de conhecimentos.

Nessa configuração especializada dos cursos de graduação em saúde, ainda pode-se observar a divisão em ciclo básico e profissionalizante. O primeiro, geralmente comum aos cursos de saúde, é formado por disciplinas do campo biológico e social e o segundo, composto por disciplinas específicas a cada curso.

O desafio, segundo De Domenico e Ide (2005), consiste em deslocar o processo de ensino-aprendizagem da linha de montagem para uma rede de relações que, de forma articulada, vislumbre um novo modelo pedagógico a partir da aquisição de competências, como ferramenta para enfrentar e superar os problemas.

De acordo com os docentes do estudo, dentre os diversos fatores intervenientes, a departamentalização/fragmentação dos conteúdos em disciplinas que raramente se articulam é um dos principais entraves à construção e desenvolvimento de um ensino pautado em uma abordagem ampliada e dialógica em saúde:

Bem, olha, as disciplinas já são uma ruptura dessa integralidade... o próprio arcabouço de disciplinas é essa ruptura... Cada um dá conta de um pedaço, entre parênteses, e esse pedaço, ninguém dá conta dele todo, porque, se você somar as partes, é mais que o todo. A integralidade é mais que a soma de partes, né. (P1)

A gente ainda tem um currículo e uma atuação docente muito restrita a disciplinas, a departamento estanques. Não é uma coisa que a gente tenha uma percepção integral de como o currículo é efetivamente trabalhado, falta diálogo. (P5)

[...] o aluno é dividido entre o período do ICB e o período da faculdade. Ele não se sente da faculdade quando ele tá no início do curso. Ele só se sente da faculdade quando ele chega aqui. Porque as coisas são separadas. E aí a gente fala de uma coisa, nós temos um discurso de uma prática que não acontece. Nós falamos muito de integralidade para o aluno, mas nós não ensinamos isso para o aluno. Então as ações pedagógicas não acompanham o nosso discurso. (P10)

Como apontam Pinheiro e Ceccim (2006), na perspectiva de fragmentação dos conteúdos, cabe ao aluno o grande desafio de achar o eixo integrador.

Em virtude da baixa eficiência e eficácia desse modelo em formar profissionais qualificados para uma assistência integral e condizente com as necessidades de saúde da população, discussões críticas se estabeleceram entre vários atores sociais que entendiam/entendem a saúde como produção social e condição de vida.

A crítica ao projeto hegemônico de formação resultou em movimentos articulados (população, profissionais, estudantes e professores) que, na busca por caminhos e estratégias inovadoras, influenciaram os textos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Graduação em Saúde no início dos anos 2000, indicando uma formação com ênfase no SUS a partir da integralidade da atenção (BRASIL, 2001a, 2001b; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

A integralidade enquanto princípio constitucional foi assumida nas DCNs para os Cursos de Graduação em Saúde como dispositivo crítico do ensino, construindo caminhos através do vínculo, do diálogo, da valorização dos saberes diversos, da subjetividade/individualidade e coletividade, da participação social, da humanização, da promoção da saúde, da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, como possibilidades de transformação das ações e práticas de saúde.

Para Vigotski (2010b), a eficácia do aprendizado condiciona-se a um processo social em que os envolvidos, em uma ação coletiva, interagem produzindo conhecimentos e solução aos problemas colocados.

Dessa forma, acreditamos que, para potencialização das ações de ensino/cuidado permeadas pela integralidade, faz-se necessária a interação entre alunos, professores, profissionais de serviço, usuários, que, em uma perspectiva dialógica e articulada, mobilizam seus saberes para o atendimento das necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo.

No cenário em tela, a integralidade enquanto direcionador do ensino de enfermagem aparece no discurso; contudo, mais como ideal do que realmente uma prática:

Eu acho que assim que é muito enfatizado no nosso curso, pelo menos assim, é falado que o cuidado tem que ser integral, mas, na prática, acho que muita coisa ainda precisa ser mudada. (A10)

Eu acho que, na teoria, ela é, pelo menos comigo, foi bem relevante. A maioria dos professores falavam, falavam que você tinha que olhar o paciente como um todo. Só que, na prática, acho que é um pouco mais difícil. Você não vê tanto quanto na teoria. (A5)

É engraçado que isso é um clichê, né? A gente começa a faculdade e eles falam: ah, tem que ter um cuidado integral, com relação ao paciente, tem que ter um cuidado integral, mas eu acho muito difícil conciliar isso, porque as disciplinas, elas são muito voltadas para parte física é... os problemas e as doenças que o paciente terá, é... os procedimentos que você poderá fazer, mas não tem aquele preparo para você lidar com a questão emocional, é... as necessidades religiosas do paciente, tudo isso que a gente encontra na prática... teria que ter essa integração, acho que as disciplinas, elas deveriam ser mais bem estruturadas com relação a isso... percebi isso e eu acho que tem uma fragmentação muito grande dentro da faculdade. (A4)

No ensino de graduação em enfermagem, eu vejo que os professores, eles têm essa preocupação... nas discussões de currículo que a gente tem, a gente percebe a preocupação... de ver o cuidado integralizado... perceber o cliente, o usuário como uma pessoa não portadora de patologia, mas uma pessoa com necessidades integrais. Eu percebo que, na graduação, a gente tem essa preocupação e a gente discute, mas a gente vê que, na prática, tá distanciado ainda. (P5)

Apreende-se, nos relatos acima, a integralidade enquanto um devir que ainda encontra-se no plano filosófico/teórico, distante da prática efetiva, em que o cuidado, não restrito ao exercício biomédico, articular-se às reais necessidades dos usuários e torna-se força propulsora de mudanças. Percebe-se a ausência de um debate crítico que permita estruturar processos de cuidado integrais a partir de uma relação fundamental entre ensino e prática.

A perspectiva histórico-cultural entende o desenvolvimento como consequência da atividade prática humana. Logo, o processo de preparação profissional está alicerçado em situações que se apresentam nos espaços cotidianos da prática (LONGAREZI et al., 2007).

Corroborando, Ceccim e Feuerwerker (2004b) acreditam que a formação em saúde deve ser entendida como um projeto educativo que extrapola o domínio técnico-científico e adentra nas características definidoras das relações e práticas, permitindo implementar ações a partir das necessidades de saúde dos usuários e, por conseguinte, elevar a qualidade de saúde da população.

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 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.

Para Leopardi (1992), as necessidades de saúde, enquanto resultado de complexas interações sociais e pessoais, definidas em um tempo e espaços, estão intimamente interligadas aos objetos que possam satisfazê-las, como produto do trabalho social ou relacionado a outro indivíduo que possa supri-las através de manifestações de sentimentos, ultrapassando aspectos imediatos de desequilíbrio do corpo humano.

Essa análise nos remete a uma compreensão ampliada das necessidades de saúde que se organizam em quatro grandes conjuntos propostos por Cecilio

(2009): ter boas condições de vida, a partir dos espaços ocupados pelo homem na sociedade, como trabalho, moradia, hábitos pessoais, levando em consideração que os modos de vida produzem necessidades de saúde diversas; ter acesso e poder consumir as tecnologias de saúde, a partir da necessidade pessoal e singular de cada momento, permitindo melhorar e prolongar a vida; estabelecer vínculos entre equipe e/ou profissionais de saúde com os usuários; e considerar que as necessidades de saúde, nos modos de se viver da cada um, estão relacionadas a um grau crescente de autonomia, indo além da informação e educação.

Cabe ressaltar 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 primária ou em um hospital (CECILIO, 2009).

No cerne das políticas públicas de saúde, estão expressos os meios de concretização dos ideários Reforma Sanitária Brasileira, vislumbrando mudanças na lógica centralizadora e hegemônica dos modos de se fazer saúde. Tendo em vista que é nas escolas de saúde que a cultura de atos de cuidado é construída, acreditamos que as ações dessas políticas devem perpassar pelo ensino estabelecendo articulações para a valorização da integralidade do cuidado, tendo como meta o atendimento das reais necessidades de saúde dos usuários.

Levando em conta que, no Brasil, o maior contingente de profissionais de saúde é da enfermagem e que cabe ao enfermeiro, dentre outras, a responsabilidade por organizar e gerenciar as atividades de enfermagem, como define a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986b) este profissional tem papel estratégico na produção de atos de saúde, provendo as necessidades dos usuários. Logo, pensar no ordenamento de projetos políticos governamentais que vislumbrem a integralidade do cuidado na formação do enfermeiro é essencial.

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) indicam uma formação que garanta a integralidade do cuidado, com ênfase no SUS e consonante com as necessidades sociais da saúde (BRASIL, 2001b).

Dessa forma, a integralidade enquanto princípio constitucional que orienta as políticas públicas de saúde vem sendo assumida taticamente como eixo norteador na formação de recursos humanos para o cuidado em saúde. Produtora de

interação, sentidos e significados, ela encontra no cuidado instrumento político para concretizar ações transformadoras no ensino e serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; PINHEIRO; CECCIM, 2006).

Contudo, para implementação de mudanças que transformem ensino e prática norteadas pela integralidade do cuidado, faz-se necessária a construção de uma rede interativa que envolva múltiplos atores ordenados por projetos políticos consistentes e que transcenda a autonomia universitária em prol da relevância pública da saúde.

Tomando por base os preceitos da teoria histórico-cultural, tem-se que a eficácia de projetos e estudos reestruturadores do ensino em enfermagem encontra respaldo na experiência social. Através das relações interpessoais, os processos vivenciados individualmente manifestam valores culturais e coletivos que, através do pensamento crítico-reflexivo, podem ser transformados.

Nas falas abaixo encontramos apontamentos fundamentais que devem ser considerados no processo de mudança no ensino de enfermagem, na elaboração de projetos políticos e na (re) estruturação curricular:

Eu acho que é assim, são várias coisas que você vai considerar e que você vai ter que verificar antes de ta estruturando o currículo... ta chamando as pessoas do serviço, né? Pra que a gente possa ta fazendo essa integração e ta fazendo um currículo que realmente vai estar atendendo às necessidades de saúde do SUS, daquela região e do indivíduo. (P9)

É, a integralidade é um princípio do SUS, né? Que norteia as ações e as políticas pra atender às necessidades dos pacientes... conceito amplo de saúde... eu acho que o grande erro que a gente tem é isso, da não compreensão do que que é a integralidade e como que nos podemos juntar as coisas e fazer de forma articulada, levando em consideração ensino, serviço e usuários. (P11)

Existe a necessidade da gente entender que o conceito da integralidade, ele tem diversas dimensões, e dentro dessas dimensões, que são da política, do processo de trabalho e na questão da assistência, é... a gente pode perceber que as políticas, pra se desenvolver qualquer que seja a integralidade, é necessário que se tenha em mente que ela não se realiza sozinha e sim pela interação entre múltiplos atores. (P8)

A nosso ver, as mudanças na formação superior em enfermagem devem ocorrer envolvendo atores em nível macro e micropolítico.

Em nível macropolítico, Ceccim e Feuerwerker (2004b, p. 47) propõem a lógica do *quadrilátero* da formação, a partir da articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social, em que “cada face libera e controla fluxos específicos e configura espaços-tempos com diferentes motivações”. Cada componente do *quadrilátero* contribui para o intermédio entre práticas de saúde e o ensino, ordenando a formação de acordo com as necessidades de saúde da população. Para que essa articulação ocorra, são necessários diálogos das universidades com a rede de gestão das políticas/atenção à saúde e representantes da população.

Acreditamos que o *quadrilátero*, enquanto articulação de dispositivos relevantes para mudanças, diz respeito a constituintes essenciais à produção pedagógica e de cuidado em saúde, pois, a partir das políticas traçadas em comum acordo entre as quatro áreas, surgirão interlocuções concretas que direcionarão o ensino/serviço conforme as necessidades de saúde dos usuários.

Esse sistema de gestão vislumbra, de forma problematizadora, incorporar ao aprender e ao ensinar a realidade quotidiana das práticas de saúde, os processos de gestão e controle social, formando profissionais para o SUS com capacidade de produzir subjetividade, habilidades técnicas e de raciocínio, bem como adquirir adequado conhecimento do sistema de saúde. Nesse sentido, a formação, além de transformar as práticas profissionais, daria novas formas à organização/processo de trabalho, assistindo de maneira integral às necessidades de saúde individual e coletiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Podemos então falar de uma macropolítica pedagógica construída coletivamente a partir da ação de múltiplos protagonistas (Universidades / Faculdades, Gestores, Conselhos de saúde) que, com seus saberes, discutirão a dinâmica curricular do curso de acordo com a realidade local.

A perspectiva da integralidade, além de eixo norteador às novas propostas de reorientação do ensino superior no país, torna-se vetor que indica direção e sentido às articulações e interlocuções entre serviços, gestores, usuários e universidade, resgatando o valor da responsabilidade, da solidariedade, da ética, da política e da gestão compartilhada como fundamentos para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, a partir dos Projetos de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde), acredita na eficácia da formação integrada ao processo de trabalho, tendo por base a articulação ensino-serviço. Logo, essa

aproximação consubstanciará uma práxis crítico-reflexiva onde as ações de saúde se desenvolverão através de equipes multiprofissionais interdisciplinares, levando em conta as necessidades dos usuários (BRASIL, 2005).

As universidades, nesse enfoque, deixam de ser pura e simples produtoras de saber para se integrarem à prática, como produtoras de ações de saúde. Por outro lado, os serviços de saúde deixam de ser simples produtores de procedimentos para participarem de forma ativa do ensino no locus das ações de saúde, redefinindo este local enquanto promotor de processos políticos pedagógicos que vão muito além de estágios e aulas práticas.

Segundo Longarezi e outros (2007), é no trabalho coletivo entre academia e serviços que a unidade teoria e prática se constrói enquanto teia de relações a proporcionar um aprendizado próximo do cotidiano. Assim, a partir da complexidade, contradição e multiplicidade de realidades encontradas nos espaços práticos de formação é que serão desenvolvidas alternativas através da mediação cultural com o outro.

Para Franco (2007, p. 433), “no SUS, os lugares de produção de cuidado, são ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários”. Contudo, os processos educacionais só serão efetivos à medida que produzirem além de processos de cognição, mudanças nas subjetividades dos trabalhadores.

Assim, práticas eficazes, na intercessão ativa entre ensino, serviço e usuário, são mais condizentes no processo de construção da integralidade do cuidado do que práticas ideais, restritas aos laboratórios de ensino.

Para Pinheiro e Luz (2003, p. 21), o serviço de saúde, enquanto cenário vivo de interação de múltiplos sujeitos, é “espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de criação e de apropriação da produção/reprodução da vida coletiva”. Dessa forma, exige-se uma reconfiguração nas formas de ensinar para a apropriação e produção do cuidado integral, devendo ser planejados para cada cenário a metodologia apropriada, os conteúdos a serem trabalhados, as formas de avaliação, tudo isso, permeado por uma lógica ético-política (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Em nível micropolítico da faculdade em estudo, o momento atual é de mobilização e discussão para construção de um projeto ético-político-pedagógico condizente com as complexidades e demandas sociais.

Um grupo de professores, empenhado em direcionar a formação, contemplando os preceitos atinentes à capacitação de recursos humanos para o SUS e as definições das DCNs/ENF, vem se reunindo para debater nova reforma curricular. Isso pode ser observado em algumas falas abaixo:

[...] nas discussões de currículo que a gente tem, a gente percebe a preocupação... de tá visualizando essa questão de... cuidado integralizado, a... perceber o... cliente, o usuário como uma pessoa... com necessidades integrais. Eu percebo que, na graduação, a gente tem essa preocupação e a gente discute... a aplicação do cuidado, visando as questões que são orientadas pelo SUS. (P5)

Olha, eu penso que hoje... o que que eu quero dizer hoje, nas últimas décadas, nós temos pensado, né? Numa formação, para o enfermeiro, generalista, quer dizer, abarcando todas as situações e não como já foi os currículos voltados para as questões clínicas do paciente, biológicas, para formar o enfermeiro administrador do serviço de enfermagem, não é? (P3)

Então a ideia é o que? Formar competências no futuro profissional e trabalhar o cuidado integral... trazer para o futuro profissional o geral. Cada um de nós vai dando uma condição e formando depois o generalista, de forma tal que aquele profissional possa ter uma visão da integralidade do cuidado. (P6)

[...] eu tenho pouco tempo aqui dentro da casa, mas o que eu posso perceber, nosso currículo aqui, ele está dando alguns passos para o desenvolvimento das atividades... formando um indivíduo com a visão da integralidade... Porque a própria diretriz curricular, ela determina, né? Que todos os currículos eles tenham como um dos princípios básicos a integralidade... Que a gente possa estar nesse novo currículo, vislumbrando de alguma forma... essa concepção da integralidade. (P8)

Acreditamos, porém, que, para o estabelecimento de um novo currículo orientado para o SUS, vislumbrando a integralidade, devem ser criadas estratégias abertas ao diálogo. Tal abertura vislumbraria novas conexões a partir de um exercício crítico compartilhado, não apenas entre os docentes, mas através de uma convocação de discentes, gestores e usuários do município, no sentido de trazerem seus anseios à discussão e atuarem como legitimadores e corresponsáveis na definição de um novo currículo e projeto político-pedagógico para o curso.

Contudo, como ponderam Guizardi e outros (2006, p. 162), tal exercício crítico só será bem-sucedido quando houver abertura “ para deslocar os recursos de saber e poder que se utilizam nas relações institucionais”. Para o desenvolvimento

do novo há a necessidade de rupturas e o estabelecimento de articulações inéditas que envolvam sentidos e fazeres, expondo os discursos das instituições às mudanças eficazes.

Logo, pensamos que será bem-sucedida a transformação da cultura pedagógica quando houver uma aproximação tênue com a realidade cotidiana dos trabalhadores de saúde e usuários, legitimando tais atores como produtores de saberes que podem/devem contribuir para que as faculdades preparem futuros profissionais capazes de atender à complexidade das demandas sociais do SUS.

Dessa forma, cabe aos responsáveis no âmbito das faculdades de enfermagem levantar a bandeira da integralidade, propondo transformações na cultura interna da instituição de forma a substituir o modelo pedagógico centrado exclusivamente nos aspectos técnico-assistenciais doente-centrado, pela abordagem que qualifique o cuidado como prática social-histórico-cultural, que valorize os saberes populares, equilibrando a coexistência necessária entre o curativo e o preventivo. Tudo isso mediado pela pesquisa, ensino e extensão conforme o modus operandi dos serviços de saúde.

6.2.3 O que temos e o que queremos: a integralidade na formação enquanto excelência técnica e relevância social

As profundas transformações mundiais decorrentes do desenvolvimento científico, econômico, tecnológico têm provocado mudanças bruscas nos hábitos, valores, prioridades e na própria visão do eu, do outro e do mundo. Isso tem exigido novas regras de convivência social, novas práticas profissionais e nova educação permeada pela atualização contínua, bem como uma recusa à simplificação e fragmentação do saber.

A tecnologia material acumulada, em consequência do desenvolvimento científico, tem sua ampla permeabilidade no mundo contemporâneo. Na área de saúde, não é diferente, todavia o cuidado humano exige muito mais que técnica e tecnologia, necessitando de escuta, sensibilidade e zelo. Tal paradigma tem provocado discussões na área, o que tem trazido reflexões e propostas de mudança nas políticas de formação em saúde, assim como a implementação de práticas

inovadoras de ensino-aprendizagem que abordem os fenômenos em sua multicausalidade.

O ensino superior brasileiro, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), foi convocado à reestruturação de seus princípios filosóficos, políticos, metodológicos e conceituais, norteado por projetos pedagógicos que viabilizem o ensino vinculado ao mundo do trabalho e à realidade cotidiana das práticas sociais, permitindo o desenvolvimento de habilidades e competências enquanto produção multidisciplinar, cultural, científica e técnica.

Contudo, o paradigma educacional em transição pode torna-se um replicador dos ideários neoliberais quando o objetivo final é atender mercado de trabalho, formando indivíduos resilientes a esse modelo. Para Frigotto (2010), não há como criar uma realidade supra histórica na educação democrática, pois ela

[...] se gesta no embate contra-hegemônico de dentro desta materialidade. No plano teórico, político, filosófico e ético, a perspectiva é de não reduzir os processos educativos a uma concepção unidimensional, mas alargá-los na perspectiva omnilateral e/ou politécnica que expressa às múltiplas necessidades do humano. (FRIGOTTO, 2010, p. 215).

O grande desafio encontra-se em transpor o puro e simples ajuste dos projetos pedagógicos às exigências do mercado de trabalho, assumindo e dilatando princípios fundamentais, como a igualdade, democracia, solidariedade e, por que não, a integralidade, enquanto valores transformadores da realidade.

Outro aspecto diz respeito à cultura científica e disciplinar que tem sido responsável pela desarticulação e fragmentação dos saberes, provocando a descontextualização do complexo e, por conseguinte, a alienação do aluno. Em contrapartida, o paradigma atual do ensino tem a missão de recompor o todo, a complexidade, a multidimensionalidade, a inteligência geral, para que, a partir do todo, se conheçam as partes. O todo é constituído por elementos diferentes, mas inseparáveis por fazerem parte de uma trama comum, interdependente, interativa e inter-retroativa. Assim, o homem é biológico, social, psíquico, racional e afetivo ao mesmo tempo, assim como a sociedade é econômica, histórica, política, religiosa, sociológica. Logo, uma educação viável é a que se dirige à totalidade e integralidade do ser humano (MORIN, 2003).

A partir do enfoque histórico-cultural de Vigotski, temos essa possibilidade, visto que compreende o aprendizado da integralidade enquanto resultado de todas as circunstâncias socioculturais que cercam o indivíduo e que com ele interagem (VIGOTSKI, 1978). Dessa forma, acreditamos que projetos pedagógicos fundamentados em processos que viabilizem a interação consciente do aluno com seu meio são responsáveis por estimular inúmeros processos internos que levam ao desenvolvimento.

Através do processo interativo, os indivíduos, mediante a internalização, aprendem a abordar e resolver problemas que antes não conseguiam. Os signos, enquanto instrumentos de ordem psicológica que expressam/representam os objetos, são responsáveis pelo processo de internalização, compreendido como a reconstrução interna de uma execução externa. Logo, “uma operação que inicialmente representa uma atividade externa é reconstruída e começa a ocorrer internamente” (VIGOTSKI, 2010b, p. 57).

Para isso, é mister que os currículos se reconfigurem em uma base flexível, relacional, desencadeando projetos pedagógicos inovadores, que valorize diálogo e que tenham permeabilidade às necessidades locais e regionais enquanto processos culturais e históricos (BRASIL, 1996b).

Nesse sentido, foi aprovada a Resolução n. 3, de 07 de novembro de 2001 (BRASIL, 2001b), que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), devendo as mesmas serem observadas na organização dos currículos. Além de firmarem o compromisso com a formação de enfermeiros para o SUS, estabeleceram enquanto perfil do egresso um conhecimento ampliado, com abordagem integral, generalista, crítico-reflexiva, humanista, pautada no rigor científico, intelectual e embasada em princípios éticos.

A faculdade em estudo, conforme documentos consultados, desde 1986, estabeleceu uma comissão referendada pelo colegiado do curso, responsável pelo processo de avaliação curricular (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2011). Atentos aos anseios e necessidades de se formar um profissional hábil a desempenhar atividades teórico-práticas concernentes às necessidades prioritárias da população, essa comissão, juntamente aos professores do curso, mobilizaram esforços à transformação curricular.

O aprofundamento das discussões intensificou-se a partir das propostas da LDB e das DCNs/ENF, em que aspectos pedagógicos pautados em habilidades,

competências, princípios éticos e integrais fomentaram pistas para a nova configuração curricular.

Não obstante, acreditamos no papel fundamental que a faculdade de enfermagem tem no estabelecimento da cultura do cuidar. Logo, eleger um marco teórico que oriente o Projeto Político do Curso e que impulse as ações de ensino/cuidado no sentido da integralidade representa um caminho eficaz.

Contudo, encontramos inconsistências entre o que é instituído idealmente pelo Projeto Político-Pedagógico (PPP) do Curso e os relatos concretos da prática docente, demonstrando indefinição no estabelecimento de um marco teórico.

O PPP do curso define como marco direcionador os princípios da Teoria do Autocuidado⁹ e da Teoria das Necessidades Humanas Básicas¹⁰, objetivando um ensino permeado pelo cuidado integral e que estimule a independência e capacidade para o autocuidado ao longo do ciclo vital (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2011). Contudo, os professores expressam que, na prática docente dessa faculdade, não existe uma definição de qual (is) teoria (s) fundamenta (m) o ensino do cuidado. A esse respeito relatam:

O ensino de enfermagem não é baseado, de forma transversal, em nenhum marco teórico específico da enfermagem. Quer dizer, cada professor usa um marco teórico, cada um faz a sua interpretação, né? O aluno acaba tendo uma ideia fragmentada do cuidado, né? Porque eu penso que essa teoria que fosse transversal ao currículo, ela daria um direcionamento, né? Para que o aluno conseguisse entender o cuidado na dimensão mais integral. (P9)

⁹ Descrita pela enfermeira norte-americana Dorothea E. Orem. Define autocuidado como uma função de regulação humana que visa suprir com os meios necessários o indivíduo, permitindo a manutenção do crescimento, desenvolvimento e integridade. A enfermagem tem o papel de suprir essas necessidades terapêuticamente (McEWEN; WILLS, 2009).

¹⁰ Descrita pela Enfermeira Brasileira Wanda Aguiar Horta, estabelece o conceito de hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano. Descreve o homem como um ser de múltiplas capacidades e como integrante do universo dinâmico, podendo estar em equilíbrio (processos de saúde) ou desequilíbrio (processos de doença) com o meio. A enfermagem tem o papel de reverter ou prevenir estados de desequilíbrio, reconduzindo o indivíduo a situações de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço (HORTA, 1979).

Qual que é a teoria de enfermagem padronizada aqui na faculdade? Claro que eu acho que a gente tem que falar com o aluno que existem diversas teorias, mas você tem que definir qual que a faculdade vai utilizar para ensinar o aluno. Quais as teorias que nos vamos utilizar para fazer as nossas ações? Então eu escolho a teoria que eu acho que me favorece naquele momento e, às vezes, um professor da minha própria disciplina escolhe outra. Então a gente precisava de definições dessas coisas e eu acho que isso que ajudaria a gente pensar na integralidade para poder dar uma formação mais adequada para aluno. (P10)

As teorias de enfermagem são estruturadas sob múltiplos fatores responsáveis por determinar a higidez humana. Destarte, a fusão dialética dos fundamentos teóricos da enfermagem à prática cotidiana do ensino/cuidado é instrumento mediador da integralidade do cuidado.

Mediante o que foi exposto pelos professores, acreditamos que a abertura ao diálogo crítico-reflexivo, tendo por base princípios ideológicos da integralidade do cuidado pode ser um caminho para a definição de um marco teórico que oriente a prática docente nessa instituição. Projetos pessoais devem ceder lugar a propósitos maiores e coletivos que permitam uma formação generalista e que adentre o contexto multifacetado do processo de saúde-doença humana, como meio de impactar futuramente no exercício profissional do enfermeiro.

Considerando os aspectos históricos, políticos e sociais específicos da realidade dada, o currículo dessa faculdade tem sido desenvolvido a partir de tradições, concepções institucionais, concepções profissionais, necessidades nacionais e locorregionais, configurando-se em uma estrutura pedagógica teórico-prática que expressa uma finalidade cultural (saberes, fazeres, crenças, ritos, mitos).

Partindo da compreensão de Sacristán (2008):

O currículo relaciona-se com a instrumentalização concreta que faz da escola um determinado sistema social, pois é através dele que dota de conteúdo, missão que se expressa por meio de usos quase universais em todos os sistemas educativos, embora por condicionamentos históricos e pela peculiaridade de cada contexto, se expresse em ritos, mecanismos, etc., que adquirem certa especificidade em cada sistema educativo [...] Quando definimos currículo, estamos descrevendo a concretização das funções da própria escola e a forma particular de enfocá-la num momento histórico e social determinado, para um nível ou modalidade de educação, numa trama institucional, etc. (SACRISTÁN, 2008, p. 15).

Dessa concepção podemos assimilar o conceito dinâmico do currículo enquanto uma práxis histórico-cultural que ordena experiências a que os alunos serão expostos sob supervisão e direcionamento da escola.

Tendo em vista o recorte temporal em que a pesquisa se deu, achamos apropriado apresentarmos e discutirmos o currículo vigente (ano 2012). O currículo que ora encontra-se em vigor, estabelecido após DCNs/ENF, é composto por nove períodos que concentram as disciplinas com a respectiva carga horária (teoria e prática), conforme Anexo A (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2011). Tal currículo contempla três eixos temáticos, conforme estabelecido pelas DCN/ENF (BRASIL, 2001b):

Ciências Biológicas e da Saúde – concentram conteúdos de base celulares e moleculares, estruturas e funções de tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, desenvolvidos de forma a viabilizar aplicabilidade no exercício da enfermagem ao abordar processos de saúde-doença;

- Ciências Humanas e Sociais – concentram conteúdos que contribuam para compreensão do indivíduo/sociedade, suas articulações com o processo de saúde/doença a partir dos aspectos sociais, culturais, comportamentais, ético/legais, políticos, ecológicos, psicológicos, em nível individual e coletivo;
- Ciências da Enfermagem – esse eixo concentra Fundamentos de Enfermagem (aborda técnicas, meios/instrumentos e métodos relativos ao trabalho da enfermagem em nível individual e coletivo), assistência de Enfermagem (conteúdos teóricos e práticos a cerca da assistência a criança, adolescente, adulto, a partir dos determinantes socioculturais, ecológicos, econômicos, éticos e humanísticos), Administração em Enfermagem (conteúdos teóricos e práticos que contribuam para a administração do processo de trabalho e assistência de enfermagem) e Ensino de Enfermagem (instrumentalização pedagógica do enfermeiro).

Os eixos temáticos têm por objetivo direcionar o processo formativo à aquisição de habilidades e competências. Contudo, podem assumir a linha tradicional flexneriana ou a linha inovadora que visa à construção da integralidade. No primeiro caso, as disciplinas limitam-se aos seus conteúdos, muitas vezes apresentados de forma expositiva; no segundo caso, busca-se uma integração multi/interdisciplinar, valendo-se de métodos ativos de ensino-aprendizagem.

Percebemos no currículo em foco a combinação das duas linhas, evidenciando uma especificidade que, a nosso ver, indica um processo transitivo para mudanças. Apesar de manter a estrutura dividida por disciplinas, identificamos nas falas dos entrevistados indícios do novo. Metodologias ativas que engendram caminhos para o conhecimento, partindo do saber pregresso, vão construindo competências com participação coletiva, alavancadas pela integração ensino, trabalho e cidadania:

[...] nós trabalhamos com o que ele traz do senso comum, do seu cotidiano... por exemplo, hoje nós vamos ter aula sobre políticas públicas de saúde da mulher, e aí nós vamos trabalhar com os alunos quais são as doenças que eles vivenciaram na sua família, ou no seu contato do dia a dia com as pessoas, no seu contato cotidiano tiveram essa oportunidade de ter. E, a partir daí, a gente vai tá trabalhando o que é conceito de política, o que seria necessário pra que essas mulheres não adoecessem, né? E aí, no final, quando eles já tiverem aguçados, já problematizar. Então eu acho que isso é uma pedagogia inovadora. Todos os professores estão dentro de sala de aula, né? Não é só a fulana que está dentro da sala de aula, nós planeamos todas as aulas em conjunto. (P2)

Então a gente aboliu prova, porque a gente acha que prova não ajuda em nada. O que que nós utilizamos? Nós começamos a utilizar duas coisas pra avaliação que é o portfólio, onde o aluno faz de acordo com a perspectiva dele, dos conteúdos que a gente dá. Tem os objetivos da disciplina, e a gente pega o portfólio pra poder verificar qual que é o rumo que o aluno... o que que é aquela disciplina para aquele aluno, pra ele não fugir também dos objetivos da disciplina. O que que ele traz de novo para os outros colegas e o que que ele aprendeu com aquilo que ele buscou como conhecimento daquele conteúdo[...]. (P11).

Mas por exemplo, assim, a questão de estimular mesmo a gente pensar, como que o paciente vive, talvez será que a pressão dele está assim por causa de quê? De raciocinar mesmo, de ter um raciocínio crítico naquele paciente. (A5)

Nas falas, podemos verificar apontamentos que demonstram elementos conceituais, metodológicos imbricados no cotidiano prático da sala de aula, sendo fundamentais as novas práticas pedagógicas ao permitir o desenvolvimento de habilidades, competências em um contexto que não é apenas cognitivo, mas cultural, ético, interativo e afetivo.

Dessa forma, temos que ter em mente que o currículo é uma estrutura que configura a prática pedagógica desenvolvida através do entrecruzamento de diversos processos, subsistemas e é concretizado pela mediação docente. Logo, o

valor do currículo está na ação, em que a prática, a ideia, a intenção se faz realidade, adquirindo significação definitiva para docente e discente nas atividades realizadas, independente de declarações ou propósitos de partida (SACRISTÁN, 2008).

A ideia do currículo enquanto práxis mediadora de construção e produção do conhecimento vai ao encontro da formação permeada pela integralidade do cuidado, já que o processo de ensino e aprendizagem é reflexivo, interativo, crítico e traz da prática, em que o usuário expressa sua necessidade, os elementos para intervenção na complexidade humana.

Para Vigotski (2010a), os fenômenos estudados a partir da fragmentação do todo em elementos mais simples incorrem no erro de solucionar inadequadamente os problemas, e completa:

Ele poderia ser comparado à análise química da água, que a decompõe em hidrogênio e oxigênio. Um traço essencial dessa análise é proporcionar a obtenção de produtos heterogêneos ao todo como tal e possuem uma variedade de propriedades que nunca poderiam ser encontradas nesse todo... Ao pesquisador que procurasse resolver a questão... veria, surpreso, que o hidrogênio é autocombustível e o oxigênio conserva a combustão, e nunca conseguiria explicar as propriedades do todo partindo das propriedades desses elementos. (VIGOTSKI, 2010a, p. 5).

Essa analogia vem ao encontro do ensino permeado pela integralidade do cuidado, expressando o vínculo fundamental entre o todo e as partes. O homem deve ser entendido enquanto ser biológico, social, psíquico, racional e afetivo. “Em consequência, a educação deve promover a inteligência geral apta a referir-se ao complexo, ao contexto, de modo multidimensional e dentro da concepção global” (MORIN, 2003, p. 39).

Com base em uma visão ampliada e emancipatória, a Unesco, por meio de sua Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI, presidida por Jacques Delors, estabelece os quatro pilares da educação com enfoque em aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser.

Aprender a conhecer: relaciona-se com o despertar e a abertura para o conhecimento, tornar prazeroso o ato de aprender, permitindo descobrir, construir e reconstruir o conhecimento. O aprender a conhecer vai além do aprender a aprender quando através de dispositivos intelectuais e cognitivos, permitem ao aluno construir

as suas próprias opiniões e o seu próprio pensamento crítico a cerca do mundo em que vive. Cabe salientar que o processo de aprendizagem do conhecimento não se encontra estanque a um fim (objetivo), mas como um meio (instrumento) para abertura a diversos conhecimentos e linguagens.

Aprender a fazer: relaciona-se à aquisição de competências através de uma gama de experiências sociais e do trabalho sem dicotomizar teoria e prática. Imbricado no aprender a conhecer, também tem relação com a comunicação à medida que adverte para a habilidade em saber interagir com o outro e com meio, interpretando e discernindo as informações de forma crítica.

Aprender a viver junto: relaciona-se com a importância das relações e da interdependência do mundo. A educação é vista enquanto um veículo de paz, tolerância e compreensão entre os povos das diversas culturas e etnias. Entende a compreensão e o conhecimento como meios para afastar o desconhecido, eliminando preconceitos e facilitando o respeito recíproco entre os indivíduos.

Aprender a ser: relaciona-se com a educação enquanto promotora do desenvolvimento integral do indivíduo a partir do aguçamento de sua inteligência, da sensibilidade, da criatividade, da espiritualidade, da pro-atividade, do sentido ético e estético da vida, da responsabilidade pessoal e do pensamento autônomo e crítico.

Alguns docentes da faculdade em estudo, compreendendo a necessidade de se formar enfermeiros em uma perspectiva ativa, criativa, coletiva e integradora, assumiram novas metodologias de ensino em suas práticas. A nosso ver, são estratégias inovadoras de ensino-aprendizado que têm tornado exequível a construção de um conhecimento contextualizado (homem enquanto ser histórico, social, cultural, espiritual, etc), portanto mais próximo da integralidade do cuidado.

Essas metodologias são permeadas pela interação e o diálogo, logo o aluno deixa de ser mero espectador para tornar-se agente ativo do seu aprendizado e o professor deixa de ser transmissor de conteúdos para atuar enquanto facilitador do conhecimento.

Buscando superar a abordagem tradicional de ensino, na qual os conteúdos são fragmentados e desvinculados de um sentido político, social, econômico e cultural, esses professores optaram por uma abordagem viável e transformadora a partir do uso do portfólio.

De origem italiana, o termo *portafoglio* (pasta para o acondicionamento de papéis) foi utilizado inicialmente nas artes plásticas, onde o profissional, através da

seleção de diversos conteúdos dispostos ordenadamente, expressava o seu trabalho (TORRES, 2008).

Consonante com as novas propostas do ensino, o portfólio pode consolidar-se como eixo norteador, transpondo o velho exercício de transmissão do conhecimento e de métodos avaliativos unilaterais e excludentes (ALARCÃO, 2010). Destarte, foi plasmado à educação como instrumento de ensino-aprendizagem-avaliação, viabilizador da prática pedagógica reflexiva e problematizadora.

Como podemos verificar nos relatos abaixo, o portfólio desponta como forte instrumento de ação pedagógica, capaz de mobilizar e organizar conhecimentos, bem como indicador do desenvolvimento de competências:

Nós começamos a utilizar o portfólio e o aluno consegue perceber muito mais coisas e construir um conhecimento muito maior do que a gente conseguiria dar na aula. Foi uma forma interessante da gente ta mudando as nossas ações pedagógicas... os alunos também são cobrados sobre as referências bibliográficas, então ele tem que saber, porque isso eu pergunto pra ele no começo do semestre: Quem fala sobre o cuidado de enfermagem? Ele não sabe. A partir do portfólio, ele começa a prestar atenção nisso. (P11)

Quando se faz a avaliação do aluno com prova, você faz a avaliação só do que ele escreveu na hora da prova. Você não faz a avaliação do aluno de forma integral. Quem é esse aluno? A partir do portfólio, a avaliação é constante. Com os respectivos temas, quero que aquilo ali seja um fator desencadeante para curiosidade dele, que ele vá buscar depois, a partir daquilo que eu falei, que ele vá buscar outras coisas. Se eu dou o slide, ele fica preso naquilo ali. Se eu dou uma apostilinha, ele pergunta: isso vai cair na prova? Eu acho que a autonomia do aluno é a coisa que mais faz com que ele cresça, aprenda, procure e vá se sentindo mais seguro pra vida futura e para a profissão. (P10)

Cabe ressaltar que acreditamos no desenvolvimento de competências enquanto capacidade de articular os recursos necessários, de forma criativa e inovadora, no momento e de modo apropriado. Assim sendo, o aluno é estimulado, a partir de recursos pessoais e da realidade que o cerca, a adentrar e administrar situações complexas da vida profissional.

Nesse enfoque, Perrenoud (1999) diz que:

[...] a competência situa-se além dos conhecimentos. Não se forma com a assimilação de conhecimentos suplementares, gerais ou locais, mas sim com a construção de um conjunto de disposições e esquemas que permitem mobilizar os conhecimentos na situação, no momento certo e com discernimento. (PERRENOUD, 1999, p. 31).

Logo, a competência relaciona-se com a mobilização dos conhecimentos e esquemas próprios do indivíduo que apresenta respostas inéditas, criativas e eficazes para problemas novos.

Durante a observação em campo, tivemos algumas oportunidades de presenciar a aplicação do portfólio, bem como os resultados do trabalho. Percebemos que o ensino de enfermagem se valendo do portfólio tem permitido a conquista das Zonas de Desenvolvimento Proximais (ZDPs), que, para Vigotski (2010a), são:

[...] a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes. (VIGOTSKI, 2010a, p. 97).

As ZDPs podem estimular inúmeros processos internos ainda não amadurecidos no discente. Em nossa observação, esses processos, ao serem sensibilizados, permitiram a internalização de conhecimentos que foram efetivamente apreendidos. Nesse sentido, o portfólio foi aplicado mediando um contato interativo e planejado que valorizou os conhecimentos prévios do aluno. Destarte, vislumbramos o amadurecimento técnico-científico dos discentes que se tornaram mais seguros nas discussões, sendo isso evidenciado a partir de propostas de intervenção, que, com frequência, eram apresentadas pelo grupo.

Percebemos a transformação conceitual dos alunos que, gradativamente, pela exposição de seus raciocínios, demonstravam apropriação dos conteúdos. Esses conteúdos assimilados possuíam significados já definidos social e cientificamente; contudo, percebemos que, no processo de construção do conhecimento, muitos outros significados foram expostos e construídos. Presenciamos, assim, a construção do que chamamos de Linguagem de Enfermagem, com características próprias, mas que esteve sempre aberta à de novos saberes em saúde.

Outra tecnologia de ensino adotada pela instituição tem sido a metodologia da problematização como meio de alcançar as propostas deliberadas pelos órgãos nacionais e internacionais no que concerne à formação ampliada e emancipatória do enfermeiro:

A gente trabalha muito com a problematização, onde você estimula o aluno a pensar, né? Coloca uma situação problema. Então a gente trabalha muito com isso. (P4)

Eu acho que uma estratégia que na minha disciplina de graduação que é administração em enfermagem utilizado, né? Tem sido é... possibilitar os alunos irem ao campo de prática, desenvolverem atividades, voltar para sala de aula, refletir sobre o que foi feito, discutir o que foi feito, pensar o que foi feito, que foi realizado e tentar ampliar, né? A ação que foi desenvolvida através da reflexão problematizadora, ta? (P7)

Eu identifico que algumas disciplinas trabalham com a problematização que é uma forma interessante de fazer o aluno perceber é... fazer uma análise de conjuntura dos problemas das ações de enfermagem, que não deixa de ser uma ação integral ou que pelo mesmo busque a integralidade, né? (P10)

Era uma aula bem dialogada mesmo. Todo mundo falava, todo mundo discutia e aí a professora sempre colocando questões problemas. (A6)

As professoras faziam a gente debater mesmo, tinha muito pouca coisa de slide. A gente sentava, debatia, elas davam o manual, a gente lia em casa, a gente sentava, debatia, conversava, porque você acha isso, porque não acha. Acho que é uma forma bem melhor de aprendizagem. Acho que faz a gente pensar. Acho que slide, aquela coisa muito mecânica, eles falam, falam, falam e gente observa... absorve cinco por cento do que o professor fala e fica por isso mesmo. Agora, quando a gente participa mais da aula, a gente raciocina, a gente pensa, a gente sabe o porquê daquilo independente da matéria. A gente consegue assimilar mais. (A7)

Para Berbel (1998), trata-se de uma metodologia de ensino, estudo e trabalho utilizada em processos de aprendizado em que os assuntos abordados tenham relação com a vida em sociedade. A meta é mobilizar o potencial ético, social, político dos alunos que desenvolvem suas atividades cientificamente para o agir político, enquanto agentes sociais que participam da construção histórica atual.

Cabe ressaltar que a metodologia da problematização, desenvolvida no cenário estudado, é diferente da Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem*

Based Learning – PBL). Esta diz respeito a uma perspectiva de estruturação curricular, em que são estabelecidos, previamente, por uma comissão os problemas essenciais a serem abordados em cada módulo. Nesse sentido, um grupo de alunos é acompanhado por um tutor que fica responsável por estimular aqueles a dominarem determinado saber a partir do raciocínio crítico, levando-os gradualmente ao entendimento da situação problema (BERBEL, 1998).

No caso específico da faculdade em estudo, a metodologia da problematização é entendida como:

[...] uma necessidade, a problematização pode ser aquele esquema de Maguerez, do arco, ou pode ser feita também com a própria demanda, com levantamento de dados para as questões mais de sobrevivência, de risco, de ameaças eminentes, de vulnerabilidade. Então, precisa problematizar, até pra ele entender, porque, se você não problematiza, você começa a ensinar por modelos que, muitas vezes, descontextualizam o cuidado (P1).

Ainda podemos encontrar na faculdade em foco o ensino tradicional/formal que se vale de métodos expositivos e transversais, contudo, considerando as necessidades de se formar enfermeiros críticos, reflexivos, que saibam ofertar um cuidado contextualizado com a realidade política, econômica, cultural e histórica dos sujeitos, a metodologia da problematização tem sido um caminho.

Não há um método de problematização unânime adotado pelos docentes. Isso, a nosso ver, se deve, dentre outros, às concepções ideológicas e linhas de pesquisa adotadas pelos docente. Contudo, o Arco de Maguerez nos parece uma tecnologia de ensino que viabiliza apreender as situações de saúde enquanto processos complexos, multideterminados. Dessa forma, direciona a tomadas de decisão condizentes com as necessidades de saúde individual e coletiva, portanto, mais próximas da integralidade do cuidado.

O Arco de Maguerez, apud Bordenave e Pereira (1982), utilizado enquanto um modelo de problematização da realidade, envolve um esquema desenvolvido em cinco etapas: observação da realidade (construção do problema); identificação dos pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade.

A partir da observação da realidade concreta, os alunos auxiliados pelo professor, observam os fenômenos ou eventos, valendo-se, em princípio, do conhecimento prévio. Destarte, procuram entender os processos subjacentes,

surgindo as interrogações ou problemas. A segunda etapa, definida como Pontos-Chave, consiste em aguçar a curiosidade do discente acerca dos determinantes para as questões levantadas. A terceira etapa é a Teorização, em que os alunos são orientados a buscarem informações pertinentes a essas questões. A partir de toda informação coletada e assimilada, o grupo, de forma crítica, criativa, compartilha suas experiências de estudo e, tendo o professor como facilitador, chega às hipóteses para solução dos problemas. A última etapa consiste na Aplicação à Realidade daquilo que foi construído, buscando solução para os problemas e transformação da realidade.

Esse método, segundo Berbel (1998), possibilita aos discentes aplicarem a cadeia dialética da ação – reflexão – ação. A realidade social é ponto de partida e chegada, ou seja, a partir dos problemas do cotidiano concreto, os alunos são levados a se instrumentalizarem teoricamente, para então, intervirem sobre o problema.

A problematização, como já exposto, é desenvolvida através de um processo dialógico. Sob a ótica histórico-cultural, o principal mediador é a linguagem. Constituída enquanto sistema simbólico, a linguagem guarda as funções de: intercâmbio social (na qualidade de instrumento que viabiliza a comunicação com o meio) e pensamento generalizante (que reúne elementos sob uma mesma categoria, dispondo-as de acordo com os significados dos objetos, independentemente da experiência individual). Essa última função faz da linguagem um instrumento do pensamento, estabelecendo a relação pensamento-linguagem através de uma construção dialética, permeada por significados e sentidos (OLIVEIRA, 1999).

Significado (elaborado socialmente) e sentido (significado elaborado pelo indivíduo) encontram unicidade no significado da palavra, pois são os significados que determinarão mediação simbólica entre o indivíduo e o mundo, permitindo a compreensão dos acontecimentos. Contudo, vale salientar que o significado não é algo estático, pois sofre constantes transformações, sejam elas determinadas por aspectos históricos e culturais ou por vivências individuais. É no significado da palavra que o pensamento e a fala se transformam em pensamento verbal. Este, influenciado por significados pessoais (sentido) e sociais, tem na fala sua maior expressão como meio de expor o que foi elaborado e planejado mentalmente para, a posteriori, ser executado no mundo real (OLIVEIRA, 1999).

A aprendizagem baseada em problemas potencializa novos processos mentais superiores imbricados entre pensamento e linguagem. Nesse processo, ocorre um salto de qualidade na formação, visto que os envolvidos avançam na compreensão multifacetada do mundo e estabelecem mais facilmente maneiras apropriadas de operar sobre ele.

Dessa forma, amparados nos postulados histórico-culturais, reconhecemos que o ensino/cuidado em saúde deve pautar-se na complexidade do ser humano (biopsicossocial-histórico-espiritual). Logo, a integralidade enquanto recusa ao ensino/cuidado fragmentado, conduz a formação na direção da interdisciplinaridade, revelando interlocuções com múltiplas experiências e saberes. Por consequência, são reconhecidas áreas intercessoras que transpõem os limites disciplinares.

Para Gadotti (2000), o termo interdisciplinaridade é muito rico, estando sujeito a conflito de interpretações, dependendo do campo de conhecimento. Na perspectiva do currículo, tem como meta a construção integrativa e multifacetada do conhecimento, sobrepujando o conteúdo disciplinar. A metodologia interdisciplinar envolve método e atitude, exigindo: integração dos conteúdos, transposição dos conceitos fragmentados aos globalizantes, superação da divisão entre ensino e pesquisa, levando em conta a possibilidade de auxílio entre as várias ciências e o ensino aprendido sob uma perspectiva contínua e permanente.

Nesse enfoque, a interdisciplinaridade pode ser entendida como uma relação de reciprocidade e interação dialógica entre os conhecimentos, substituindo uma concepção fragmentária pela integralidade humana. Através da interdisciplinaridade é possível estabelecer redes de comunicação e cooperação que ampliam a percepção da realidade (FAZENDA, 2002).

Essa realidade é complexa e necessita de múltiplos olhares, assim acreditamos que, na faculdade em estudo, a interdisciplinaridade ainda é um dever, exigindo uma série de mudanças concretas para a articulação do saber. Haja vista a divisão disciplinar do currículo, salvo esforços isolados, revelando uma fragilidade em romper velhas estruturas e paradigmas.

Ações no ensino de enfermagem (e em saúde) enquanto interesse coletivo de múltiplos atores (professores, alunos, representantes da sociedade e profissionais de saúde) fomentam projetos coletivos condizentes às necessidades reais de ensino para o cuidado humano. Tornar tais projetos exequíveis legitima a convergência dos conhecimentos à construção solidária da integralidade do cuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa se propôs, como objetivo geral, compreender os sentidos da integralidade do cuidado construídos na formação do enfermeiro a partir da percepção dos professores e alunos em uma faculdade de enfermagem à luz da abordagem histórico-cultural de Vigotski. Buscamos descrever como tem sido concebida a integralidade na profissão, no ensino, no currículo do curso, confrontando com as falas e as DCNs/ENF. Também examinamos, a partir dos relatos, se existem novas práticas pedagógicas e estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem voltadas para integralidade do cuidado.

Inicialmente, compreender os movimentos no âmbito da saúde e educação em saúde fez-se necessário para contextualizar a oposição gradual ao reducionismo em favor de ações que suprissem os anseios individuais e coletivos a partir de uma abordagem integral.

Derivados de um contexto de efervescência política-ideológica - Reforma Sanitária da década de 1970, redemocratização do país na década de 1980, Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) -, os novos anseios se propagam e relacionam a saúde da população à organização da sociedade nas instâncias política, econômica e cultural. O combate ao assistencialismo individual em prol de abordagens ampliadas e multidimensionais designa os desafios do paradigma da integralidade do cuidado.

Entre o conjunto de valores e aspirações que orientam o movimento do sistema de saúde na oferta do cuidado integral, o que nos parece mais crítico é a transposição da abordagem hegemônica e fragmentária na formação em saúde.

Diálogos têm sido estabelecidos entre a área de saúde e a de educação no sentido de otimizar os processos de reformas curriculares guiados pela integralidade. Objetivam, com isso, responder aos propósitos no tocante às complexidades da saúde individual e coletiva.

Dessa forma, o contexto atual é de mobilização para ressignificação dos sentidos do processo de formação em enfermagem. Acreditamos que a perspectiva da integralidade favorece a articulação entre as dimensões curativa e preventiva, os enfoques clínico, epidemiológico e social e as abordagens individuais e coletivas, no sentido de reorientar a atividade de ensino-aprendizagem vigente. O que não é

diferente na faculdade em tela que, através de seus atores (alunos e professores) tem transformado a cultura pedagógica a partir de múltiplos sentidos que traspõem gradativamente o paradigma flexineriano.

Nessa perspectiva, foi direcionado o estudo na busca dos sentidos que a integralidade do cuidado tem assumido na formação do enfermeiro, analisado a partir de um arcabouço teórico e filosófico competente.

A partir das DCNs/ENF, os futuros enfermeiros devem ser preparados para o atendimento às necessidades de saúde da população, tendo em vista os processos de saúde e doença produzidos social e historicamente nas relações humanas. Para tal, recomenda-se um enfoque a partir da integralidade do cuidado enquanto eixo norteador que direciona processos dialógicos pautados no constante movimento de reflexão entre prática-teoria-prática.

O PPP do curso em tela, tendo como alicerce as DCNs/ENF, teoricamente estabelece uma formação permeada pela integralidade, articulada ao contexto e cotidiano do indivíduo e coletivo a partir de estratégias pedagógicas planejadas e orientadas em diversos estabelecimentos de saúde.

Evidenciou-se, através dos discursos, o reconhecimento do cuidado enquanto núcleo estruturante da profissão. Ficou retratada a coerência ideológica nas definições de integralidade do cuidado, transcendendo as questões puramente biológicas. Como verificado, os entrevistados apontaram que integralidade do cuidado na enfermagem é estabelecer uma relação com pessoas que demandam assistência (cliente/paciente), compreendendo suas necessidades em uma perspectiva multifacetada, expressa, dentre outros, pelo campo social, psicológico, econômico e espiritual. É através do vínculo e do diálogo consciente que surgem as possibilidades de desenvolvimento e transformação dos estados de saúde/doença. Contudo, para o cuidado integral, é necessário o respeito à cultura, história de vida, sentimentos e experiências do usuário. O cuidador aceita o outro na sua maneira de ser, como uma pessoa independente, com seu ritmo de desenvolvimento, a partir da interação não imposta, mas pactuada.

De uma forma ampliada e individual, o cuidado de enfermagem que, há muito, privilegia a técnica e procedimentos, no paradigma da integralidade, encontra a possibilidade de transformação da racionalidade técnica, valendo-se da mesma enquanto mediadora das práticas de cuidado contextualizadas e integrais. Destarte, dá-se voz e direito de opinião ao usuário que orienta as ações de saúde a partir de

sua subjetividade. Pode-se analisar a partir das nas falas que, a experienciação e a alteridade do ser humano são indicadores dos métodos de assistência. Esses devem ser permeados por processos dialógicos e problematizadores, valorizando a história e a cultura do indivíduo.

Fica clara a necessidade de mudança nas práticas pedagógicas do ensino de enfermagem, balizando o conhecimento técnico com a subjetividade e necessidade sociocultural de cada indivíduo/coletivo, estabelecendo, assim, uma parceria entre quem oferece e quem recebe o cuidado. Logo, percebendo e cuidando como um todo inter-relacionado, pode-se alcançar a tão almejada integralidade do cuidado pela via da individualidade histórica de cada cliente/paciente.

A partir do relato de professores e alunos, foi possível evidenciar que, no ensino, ainda há um apressamento ao processo de aprendizado e cuidado especializado, racional e técnico, pobre em sentidos e significados enquanto valores-base para uma verdadeira relação terapêutica. Nessa perspectiva, a capacidade de resposta concentra-se em corrigir distorções, ficando relegadas a segundo plano a alteridade e a escuta das reais necessidades de quem recebe a assistência.

Apreende-se nos relatos a integralidade enquanto um vir a ser, ainda condicionado ao plano filosófico/teórico, distante da prática efetiva do ensino/cuidado. Percebe-se a ausência de um debate crítico que permita estruturar processos de cuidado integrais a partir de uma relação fundamental entre ensino e prática.

A integralidade do cuidado, ao contrário, tem em vista o processo saúde/doença como fenômeno histórico-cultural e não apenas biológico; vislumbra o indivíduo a partir de sua história singular, constituída por estruturas biológica, cultural e social.

Considerando que é nas escolas de enfermagem que a cultura do cuidado é construída, acreditamos que as ações das políticas de saúde devem perpassar pelo ensino, estabelecendo articulações para a valorização da integralidade do cuidado, tendo como meta o atendimento as necessidades de saúde dos usuários.

Através dos apontamentos dos sujeitos da pesquisa, vislumbra-se a necessidade de articulação, em uma rede interativa composta por múltiplos atores, que, em nível macropolítico, integram ensino, gestão, atenção e controle social. A partir das políticas traçadas em comum acordo entre as quatro áreas, surgirão

interlocuções concretas que direcionarão o ensino/serviço conforme as necessidades de saúde dos usuários. Surgirá, então, uma macropolítica pedagógica construída coletivamente a partir da ação de múltiplos protagonistas (Universidades/Faculdades, Gestores, Conselhos de saúde) que, com seus saberes, discutirão a dinâmica curricular do curso de acordo com a realidade local.

Em nível institucional, a integralidade do cuidado ainda é uma realidade em construção. Contudo, evidenciaram-se processos de mobilização e discussão para construção de um projeto ético-político-pedagógico condizente com as complexidades e demandas sociais. Percebemos, porém, a carência de novas conexões a partir de um exercício crítico compartilhado. Não apenas entre os docentes, mas a partir de uma convocação de discentes, gestores e usuários do município, no sentido de trazerem seus anseios à discussão e atuarem como legitimadores e corresponsáveis na definição de um novo currículo e projeto político-pedagógico para o curso.

Através da participação do cenário da pesquisa como pesquisador, posso dizer que essa faculdade encontra-se em processo de mudanças, sinalizando um caminho rumo ao cuidado na dimensão da integralidade. Isto é verificado nas falas dos entrevistados que demonstram preocupação com os processos políticos, históricos, sociais e pedagógicos envolvidos no ensino de enfermagem. Contudo, não podemos deixar de considerar a existência de forças hegemônicas contrárias, ideologicamente assentadas no modelo hospitalar e biológico.

Fica claro que projetos pessoais devem ceder lugar a propósitos maiores e coletivos que permitam uma formação generalista e que adentre no contexto multifacetado do processo de saúde-doença humana, como meio de impactar futuramente no exercício profissional do enfermeiro.

Reconhece-se a necessidade de ampliar as discussões, identificando vulnerabilidades e superando contradições, como ficou claro, no caso da indefinição de um marco teórico que norteie as ações docentes. Dessa forma, visualizar o que temos e entender o que queremos é um exercício eficaz na definição de mudanças.

Apesar de o currículo vigente na faculdade em tela manter a estrutura dividida por disciplinas, identificamos nas falas dos entrevistados indícios do novo. metodologias ativas, como a problematização, engendram caminhos para o conhecimento crítico-reflexivo. Tendo por base o saber pregresso dos alunos, professores e alunos vão construindo competências.

O ensino/cuidado, tendo em vista a integralidade, deve ser fundamentado na complexidade humana, portanto amparado em processos interdisciplinares. Na faculdade em tela, tal realidade ainda é incipiente, requerendo redes de comunicação e cooperação entre as disciplinas do curso.

A formação do enfermeiro enquanto interesse coletivo de múltiplos atores requer projetos coletivos condizentes às necessidades de formação para o cuidado humano. Tornar tais projetos exequíveis legitima a convergência dos conhecimentos à construção solidária da integralidade do cuidado.

A título de conclusão, acreditamos que o enfoque histórico-cultural representa um dos diversos caminhos conceituais e práticos que indicam direcionalidade à conquista da integralidade. Tomando por base esse fundamento, podemos afirmar que o instrumento mediador à integralidade do cuidado é forjado na fusão dialética entre fundamentos teóricos da enfermagem e a prática cotidiana do ensino/cuidado.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Carta de Florianópolis: enquadramento das diretrizes curriculares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51; CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERÍA, 10., 1999, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEn, 1999. p. 413-420.

ALARCÃO, I. **Professores reflexivos em uma escola reflexiva**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ALBUQUERQUE, G. L.; PIRES, D. A construção de uma nova forma de representação profissional – um desafio no “Projeto Político-Profissional da Enfermagem brasileira”. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, n. 59, v. 2, p. 228-232, mar./abr. 2006.

ALCÂNTARA, G. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira**. 1963. 125f. Tese (Cátedra em Enfermagem)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1963.

ALMEIDA, M. C. P. O materialismo histórico na pesquisa em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 4., 1985, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem, 1985. p. 83-89.

ALMEIDA, M. C. P. A formação do enfermeiro frente à Reforma Sanitária. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 505-10, out./dez. 1986.

ARAÚJO, M. A. **História da Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo: gestão Celina Viegas**. 2002. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BORDENAVE, J. ; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Lei n. 775, de 6 de agosto de 1949. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 13 ago. 1949. Seção 1, p. 011729. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/l775.htm>. Acesso em: 13 maio 2011.

BRASIL. Decreto n. 28.376, de 12 de julho de 1950. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 19 jul. 1950. Seção 1, p. 10641. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-28376-12-julho-1950-326488-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 out. 2011.

BRASIL. Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 1961. p. 11429. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4024.htm>. Acesso em: 20 dez. 2011.

BRASIL. Lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 nov. 1968. p. 10369. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5540.htm>. Acesso em: 25 dez. 2011.

BRASIL. Conselho Federal da Educação. Parecer n. 163, de 28 de janeiro de 1972. Dispõe sobre o currículo mínimo dos cursos de enfermagem e obstetrícia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Enfermagem, legislação e assuntos correlatos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fundação Serviços de Saúde Pública, 1974. v. 3, p. 721-724,

BRASIL. Ministério da Educação e Desporto. Portaria n. 1084, de 29 de outubro de 1979. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 out. 1979a. Seção 1, p. 49. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3378858/dou-secao-1-30-10-1979-pg-49>>. Acesso em: 16 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional da Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a.

BRASIL. Lei. n. 7.498, de 25 de junho de 1986. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986b. Seção 1, p. 9273. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 03 jan. 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 18055. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b. p. 25694. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Portaria n.1.721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdos e duração do curso de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 1994. Seção 1, p. 19801. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=69&data=16/12/1994>>. Acesso em: 02 out. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996a. Seção 1, p. 21082. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 25 set. 2010.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996b. Seção 1, p.27.833. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 25 set. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer n. 1.133, de 7 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2001a. Seção 1E, p. 131. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf>. Acesso em: 02 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação Brasil. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 4, de 6 de abril de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 abr. 2009. Seção 1, p. 27. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf>. Acesso em: 02 out. 2010.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o sistema distrital de administração sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 877-906, jul./set. 2007.

CARBOGIM, F. C. et al. Residência em Enfermagem: a experiência de Juiz de Fora do ponto de vista dos residentes. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 245-249, abr./jun. 2010.

CARVALHO, A. C. **Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico**. 1972. 126f. Tese. (Doutorado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.

_____. **Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1976.

CASTRO, E. A. B. **O ensino de enfermagem na Universidade Federal de Juiz de Fora e a prática profissional do enfermeiro no mercado de trabalho hospitalar**. 1999. 250f. Dissertação (Mestrado em Educação)– Centro Pedagógico da Faculdade de Educação, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 1999.

CAVALCANTI, L. S. Cotidiano, mediação pedagógica e formação de conceitos: uma contribuição de Vigotski ao ensino de geografia. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 25, n. 66, p. 185-207, maio/ago. 2005.

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

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004b.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde com projeto da integralidade: educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B; MATTOS, R. A. (Orgs.). **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.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 117-130, 2009.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista portuguesa de educação**, Minho, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

DE DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. Referências para o ensino de competências na enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 453-457, jul./ago. 2005.

DUARTE, N. **Vigotiski e o “aprender a aprender”**: crítica às apropriações neoliberais e pós-moderna da teoria vigotiskiana. 2. ed. rev. e ampl. Campinas: Autores Associados, 2001. 296 p.

EGRY, E. Y.; SENA, R. R. O desenvolvimento do conhecimento na enfermagem. In: EGRY, E. Y. (Org.). **Educación de Enfermeira em América Latina**. Bogotá: Real, 2000. p. 13-22.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.385-434.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: um projeto em parceria. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

FAVA, S. M. C. L. et al. Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico cultural. **Saúde e transformação social**, Florianópolis, v. 2, n. 3, p. 81-87, 2011.

FERNANDES, J. D. et al. Estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 392-95, 2003.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2001a.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2001b. p. 79-98.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-38, set./dez. 2007.

FREIRE, P. Justificativa da “Pedagogia do Oprimido”. In: FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 46ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007. p. 31-58.

FREITAS, M. T. A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n. 116, p. 21-39, jul. 2002.

FRIGOTTO, G. **Educação e a crise do capitalismo real**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

GADOTTI, M. Interdisciplinaridade: atitude e método. In: GADOTTI, M. **Perspectivas atuais de educação**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 221-226.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, mar. 2001.

GALINDO, M. B.; GOLDENBERG, P. Interdisciplinaridade na graduação em enfermagem: um processo em construção. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 18-23, jan./fev. 2008.

GELBCKE, F. L. et al. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 116-119, 2011.

GEOVANINI, T. A enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, T. et al. (Orgs.). **História da enfermagem: versões e interpretações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. p. 29-75.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil (1955-1980)**. 4. ed. São Paulo: Yendis, 2007.

GHEDIN, E. A pesquisa como eixo interdisciplinar no estágio e a formação do professor reflexivo. **Olhar de professor**, Ponta Grossa, v. 7, n. 2, p. 57-76, 2004.

GUIZARDI, F. L. et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 153-178.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JOENK, I. K. Uma Introdução ao pensamento de Vigotski. **Linhas**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 1-12, 2002.

KRAPIVINE, V. **Que é o materialismo dialético?** [S.l.]: Edições Progresso, 1986.

LEOPARDI, M. T. Necessidades de saúde e cidadania. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 54-79, 1992.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005.

LONGAREZI, A. M. et al. A unidade teoria e prática no contexto da formação de professores. **Revista profissão docente**, Uberaba, v. 7, n. 15, p. 15-29, 2007.

LUCCI, M. A. La propuesta de Vygotsky: la psicología socio-histórica. **Profesorado**, Granada, v. 10, n.2, p. 1-11, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: CAMPOS, G. W. S. et. al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 137-170.

_____. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 13, p. 771-780, 2009. Suplemento 1.

MARTINS, J. C. Vygotski e o papel das interações sociais na sala de aula: reconhecer e desvendar o mundo. **Ideias**, São Paulo, v. 28, p. 111-122, 1999.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Tradução de Ana Maria Thorrel. Porto Alegre: Artmed, 2009. Título original: Theoretical Basis for Nursing.

MERHY, E. E. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 115-133.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

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

MIRANDA, M. I. Conceitos centrais da teoria de Vygotsky e a prática pedagógica. **Ensino em re-vista**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 7-28, 2005.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MOURA, A. et al. SENADEn: expressão política da educação em enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 59, p. 442-453, 2006. Número especial.

NÓBREGA THERRIEN, 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2011.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, V. C. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 435-472.

OLIVEIRA, M. K. **Vigotski: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico**. 4. ed. São Paulo: Scipione, 1999.

OPITZ, S. P. et al. O currículo integrado na graduação de enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 14-19, jun. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS/UNICEF, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2011.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, out./dez. 2008.

PERRENOUD, P. **Construir competências desde a escola**. Tradução de Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artmed, 1999. Título original: Construire des compétences dès l'école.

PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 56-71, maio/ago. 2006.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 7-34.

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

PRESTES, Z. R. **Quando não é quase a mesma coisa: análise de traduções de Lev Semionovitch Vigotski no Brasil - repercussões no campo educacional**. 2010. 295f. Tese (Doutorado em Educação)– Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 2008.

SACRISTÁN, J. G. **O Currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3. ed. Tradução de Ernani F. da F. Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2008. Título original: El curriculum: una reflexión sobre la práctica.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004.

SILVA JÚNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 93-110.

SILVA, K. L. **Movimento de mudança na educação de enfermagem: construindo a integralidade do cuidado na saúde**. 2005. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

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, M. G. et al. O processo de formação do(a) enfermeiro(a) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-184, jan./mar. 2010.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, jan./fev. 2008.

TOLEDO, J. R. et al. Emblemas e rituais: reconstruindo a história da Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 243-250, jun. 2008.

TORRES, S. C. G. Portfólio como instrumento de aprendizagem e suas implicações para a prática pedagógica reflexiva. **Revista Diálogo educacional**, Curitiba, v. 8 n. 24, p. 549-561, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Faculdade de Enfermagem. Coordenação do Curso de Graduação em enfermagem. **Projeto político-pedagógico, estágio curricular e extra-curricular do curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/enfermagem/files/2010/08/PROJETO-PEDAGOGICO.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.

VALE, E. G.; FERNANDES, J. D. Ensino de graduação em enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 59, p. 417-422, 2006. Número especial.

VALSINER, J.; VEER, R. V. The encoding of distance: the concept of the zone of proximal development and its interpretations. In: COCKING, R. R.; RENNINGER, K. A. (Orgs.). **The development and meaning of psychological distance**. New Jersey: LEA, 1993. p. 35-62.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et. al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 531-562.

VIGOTSKI, L. S. **Mind in Society: the development of higher psychological processes**. Cambridge: Harvard University Press, 1978.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. Tradução de Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2010a. Título original: *Michliêníe i Rietch*.

_____. **A Formação social da mente**. 7. ed. Tradução de Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2010b. Título original: *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidado: na busca da integralização. In: WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999. p. 127-149.

_____. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo**. Petrópolis: Vozes, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado para entrevistas individuais

Entrevista nº _____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA:

PERFIL DO ENTREVISTADO:

Sexo: F [] M [] (Discente e Docente)

Idade (Discente e Docente): _____

Tempo de Formado (Docente): _____

Maior Titulação (Docente): _____

Há quanto tempo exerce a docência (Docente): _____

Tempo que trabalha nessa instituição (Docente): _____

Qual(is) disciplina(s) ministra aulas (Docente): _____

Participou na elaboração do Currículo do Curso (Docente): SIM [] NÃO []

QUESTÕES NORTEADORAS (Docentes e Discentes):

- Descreva como você percebe a integralidade do cuidado na enfermagem.
- Como a integralidade do cuidado é considerada no ensino de graduação em enfermagem?
- Que conhecimentos são necessários para se alcançar a integralidade do cuidado no ensino de enfermagem?

No seu curso, você identifica novas práticas pedagógicas e estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem voltadas para integralidade do cuidado? Quais são elas?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FACULDADE DE ENFERMAGEM UFJF PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada, provisoriamente, “**A Integralidade do Cuidado na Formação do Enfermeiro**”. Neste estudo, pretendemos analisar, sob a ótica dos docentes e alunos de Enfermagem, como o curso de graduação em enfermagem prepara os estudantes para atuarem em saúde em consonância com a integralidade do cuidado, O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de reflexão acerca do processo de formação do enfermeiro e seu preparo para atuar visando à integralidade do cuidado, visto que este é um princípio exigido no atual paradigma de atenção à saúde. Além disso, poderá contribuir como fonte de consulta para possíveis mudanças curriculares.

Para este estudo, adotaremos o seguinte procedimento: Pesquisa qualitativa, sustentada teoricamente pelo materialismo histórico dialético. A estratégia para coleta de dados serão entrevistas semiestruturadas. As entrevistas serão gravadas em gravador digital, e, posteriormente, as falas serão transcritas na íntegra a fim de serem utilizadas como material de análise.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificad em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, contados após o término da pesquisa, e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR: FÁBIO DA COSTA CARBOGIM
ENDEREÇO: RUA DOS ARTISTAS, 70/302. MORRO DA GLÓRIA
JUIZ DE FORA (MG) – CEP: 36035-130
FONE: (32) 88327228/ E-MAIL: fabinifmg@yahoo.br

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: DENISE B. C. FRIEDRICH
ENDEREÇO: RUA IVON JOSÉ CURI, 368. PORTAL DA TORRE
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36037-467
FONE: (32) 32293823 / E-MAIL: denisebct@yahoo.br

ANEXOS

ANEXO A – Matriz curricular do curso de enfermagem da UFJF



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

1º PERÍODO LETIVO

DISCIPLINA/CÓDIGO	CARGA HORÁRIA		
	TOTAL	TEO	PRA
Anatomia V	90	30	60
História da Enfermagem	60	30	30
Bioquímica XI	105	75	30
Biologia Celular	45	45	00
Histologia e Embriologia V	75	45	30
Biofísica	60	30	30
Carga Horária do semestre	435	255	180

2º PERÍODO LETIVO

PERÍODO LETIVO/DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA		
	TOTAL	TEO	PRA
Psicologia e Saúde	60	60	00
Antropologia Filosófica II	60	60	00
Microbiologia Geral e Aplicada	90	60	30
Imunologia I	30	30	00
Fisiologia VI	75	75	00
Parasitologia Geral e Aplicada	60	30	30
Exercício Profissional - Deontologia	30	30	00
Carga horária do semestre	405	360	45

3º PERÍODO LETIVO

PERÍODO LETIVO/DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA		
	TOTAL	TEO	PRA
Farmacologia IV	90	90	00
Enfermagem em Central de Material Esterilizado	45	15	30
Fundamentos de Enfermagem I	105	45	60
Genética Básica	45	45	00
Sociologia da Saúde	60	60	00
Saberes Escolares em Enfermagem (OPCIONAL)	60	60	00
Prática Escolar I (OPCIONAL)	60	00	60
Carga horária do semestre	465	315	150

4º PERÍODO LETIVO

PERÍODO LETIVO/DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA		
	TOTAL	TEO	PRA
Introdução à Bioestatística	60	60	00
Patologia (Processos Gerais)	45	45	00
Fundamentos de Enfermagem II	165	45	120
Epidemiologia	60	60	00
Pesquisa em Enfermagem	30	30	00
Processo Ensino-Aprendizagem (OPCIONAL)	60	60	00
Prática Escolar II (OPCIONAL)	60	00	60
Carga horária do semestre	480	300	180

5º PERÍODO LETIVO

PERÍODO LETIVO/DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA		
	TOTAL	TEO	PRA
Saúde Ambiental	90	90	00
Enfermagem Saúde da Criança e Adolescente	195	75	120
Enfermagem Saúde da Mulher	165	45	120
Políticas Públicas e Gestão do Espaço Escolar (OPCIONAL)	60	60	00
Prática Escolar III (OPCIONAL)	60	00	60
Carga Horária do semestre	570	270	300

6º PERÍODO LETIVO

PERÍODO LETIVO/DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA		
	TOTAL	TEO	PRA
Enfermagem Saúde do Adulto	300	120	180
Administração em Enfermagem I	105	45	60
Didática V (OPCIONAL)	60	60	00
Carga Horária do semestre	465	225	240

7º PERÍODO LETIVO

PERÍODO LETIVO/DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA		
	TOTAL	TEO	PRA
Enfermagem em Saúde Mental	105	30	75
Administração em Enfermagem II	150	45	105
Enfermagem em Saúde Coletiva	120	60	60
Questões Filosóficas Aplicadas a Educação (OPCIONAL)	45	45	00
Carga horária do semestre	420	180	240

8º PERÍODO LETIVO

PERÍODO LETIVO/DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA		
	TOTAL	TEO	PRA
Estágio Curricular Supervisionado I	420	00	420
Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem I	68	68	00
Didática e Prática de Higiene Enfermagem e Programa de Saúde (OPCIONAL)	30	15	15
Carga Horária do semestre	518	83	435

9º PERÍODO LETIVO

PERÍODO LETIVO/DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA		
	TOTAL	TEO	PRA
Estágio Curricular Supervisionado II	420	00	420
Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem II	170	170	00
Carga Horária do semestre	590	170	420

ANEXO B – Componente curricular obrigatório, com a ementa e bibliografia básica das disciplinas do curso de enfermagem da UFJF



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**COMPONENTE CURRICULAR DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM**

DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS PARA FORMAÇÃO DO BACHAREL EM ENFERMAGEM:

1º PERÍODO

Componente: BIOQUÍMICA XI
Período: 1º
Carga Horária: 105 Horas
<p>Ementa:</p> <p>Estudo da composição química das células incluindo mecanismos de ações de enzimas vitaminas e hormônios, além do estudo das reações de oxi-redução e das várias etapas do metabolismo celular das substâncias fundamentais da matéria viva, bem como noções de química fisiológica.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>LEHNIGER, A.L.. Princípios da Bioquímica. Savier Editora de Livros Médicos Ltda. São Paulo, 2ª Ed., 1995. STRYER, L. Bioquímica. Editora Guanabara Koogan S/A. Rio de Janeiro, 4ª Ed., 1995.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>MURRAY, R.K. Harper Bioquímica. 7ª ed., São Paulo: Atheneu, 1994. VIEIRA, E.C.. Química Fisiológica. 2ª ed., São Paulo: Atheneu, 1995.</p>

Componente: BIOFÍSICA
Período: 1º
Carga Horária: 60 Horas
<p>Ementa:</p> <p>Bioeletrogênese; Potenciais Elétricos/Potenciais Gerador de ação pós sináptico/transmissão sináptica; Sistemas Sensoriais/Vetores; Visão Audição Reflexos Contração Muscular. Bases Biofísicas do Comportamento. Assimétricas Cerebrais e Neuropsicologia. Biofísica das Radiações. Radio Proteção/Aplicações em Saúde.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>GUITON, A.C. Tratado de Fisiologia Médica. 9º ed. Guanabara Koogan, 1996; HENEINE, I.F. 3 ed. Biofísica Básica. Livraria Atheneu, 1999.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>OKUNDO, E; HARPER, Row do Brasil. Física para Ciências Biológicas e Biomédicas, 1982.</p>

Componente: HISTORIA DA ENFERMAGEM
Período: 1º
Carga Horária: 60 Horas (30 teóricas e 30 práticas)
<p>Ementa:</p> <p>Políticas de Saúde no Brasil. A enfermagem no contexto da saúde e o Sistema Único de Saúde. A Trajetória Histórica da Enfermagem Profissional da Enfermagem no mundo, Brasil e em Juiz de Fora. A Lei do Exercício Profissional. A formação do enfermeiro e as Diretrizes Curriculares Nacionais. Inserção do aluno iniciante no cenário de prática começando pela Unidade Básica de Saúde.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. Ano 10, nº.1, agosto de 2005. Belo Horizonte: COREN-MG, 2005.</p> <p>BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.</p> <p>_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica programa saúde da família: a implantação da unidade de saúde da família. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.</p> <p>OGUISSO, T.; SCHMITH, M.J. O exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal. São Paulo: Editora LTr, 1999.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, J.S.Y. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. 2ª ed. São Paulo: Editora Cortez; 1989.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde; Volume 4. 2006.</p> <p>CAMPOS, G.W. de S. Reforma da reforma: repensando a saúde. 2ed. São Paulo: Ed. HUCITEC; 1997.</p> <p>GEOVANINI T. História da Enfermagem – Versões e Interpretações, 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2005.</p> <p>MACHADO, M. H. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.</p> <p>NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem. São Paulo: Editora Cortez, 1989.</p>

Componente: ANATOMIA V
Período: 1º
Carga Horária: 90 Horas
<p>Ementa: Introdução ao estudo da anatomia, osteologia, juntas, miologia, sistema nervoso, generalidades sistema digestório sistema respiratório sistema circulatório sistema genital, sistema urinário e sistema endócrino. Aspectos básicos de diversos sistemas quanto a morfologia, localização e função.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>DÂNGELO, J.G.; FATTINI, C.A. Anatomia Humana Básica. 2ª edª, Editora Atheneu RJ, 1988.</p> <p>MOORE KL. Anatomia orientada para a clínica; 2ª ed. Guanabara koogan, Rio de Janeiro, 1990.</p> <p>SPENCER, A.P.. Anatomia Humana Básica Editora Manole LTDA, 2ª edª, SP, 1991.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>NETTER, F. H.. Atlas de anatomia humana. 3ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.</p> <p>DRAKE, R. L.; VOGL, W.; MITCHELL, A.G. Anatomia para Estudante. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.</p>

Componente: HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA V
Período: 1º
Carga Horária: 75 Horas
<p>Ementa:</p> <p>Estudo teórico prático de embriologia geral e estudos histofisiológicos dos tecidos epitelial, conjuntivo, muscular, nervoso e sangue. Estudo do aparelho digestivo, sistema imunológico, aparelho urinário.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>JUNQUEIRA, L. C. U.; CARNEIRO, J.. Histologia básica – texto e atlas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.</p> <p>MOORE, C. C.; PERSAUD, T.V.N. Embriologia clínica. 6ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.</p>

Bibliografia Complementar:

DI FIORE, Mariano S. H. Atlas de Histologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

FREITAS NETO, A. G. de; BEHMER, O. A.; RODRIGUES, C. J.. Manual de técnicas para histologia. São Paulo: Manole, 2003.

2º PERÍODO

Componente: **Antropologia Filosófica II**

Período: 2º

Carga Horária: 60 Horas

Ementa

Características próprias da reflexão pela antropologia filosófica tributária e dos métodos fenomenológicos e hermenêuticos. Discursos metodológicos nos conteúdos filosóficos contemporâneos. Contribuição da antropologia filosófica às ciências humanas. Crítica ao objetivismo e à absolutização do cogito e a abertura para colocação e desenvolvimento da noção de historicidade do humano e dos elementos que esta noção inclui corporeidade e intersubjetividade (o problema do outro). Descrição, interpretação e análise crítica dos modos de existência humana, a partir das mediações reflexivas propostas por autores da filosofia da vida da existência fenomenologia hermenêutica e filosofia da ação. Historicidade pela via de uma filosofia reflexiva; esclarecimento dos fundamentos do que hoje o campo filosófico denomina de trabalho de subjetivação da pessoa humana.

Bibliografia Básica:

Laplantine, F. Aprender Antropologia São Paulo: Brasiliense, 2007.

Bruaire C. A Filosofia do Corpo. São Paulo: USP, 1972.

Gadamer H.G.E ;Vogler P. Nova Antropologia. São Paulo: EPU EDUSP, 1977.

Lima Vaz H.C. Antropologia Filosófica. São Paulo: Loyola, 1991.

Bibliografia Complementar:

Aranha, Maria Lúcia. Filosofando: introdução à Filosofia. São Paulo: Moderna, 2003.

Chauí, M. Convite à filosofia. São Paulo: Ática, 1995

Ladrière J. Vida Social e Destinação. São Paulo: Convívio, 1979.

Cassirer, E. Ensaio sobre o homem: introdução a uma filosofia da cultura humana, ed. Martins Fontes, São Paulo, 1994.

Componente: **Microbiologia Geral e Aplicada**

Período 2º

Carga Horária: 90 Horas

Ementa

Morfologia citologia e filosofia de bactérias, fungos e vírus (nutrição, crescimento e metabolismo); noções de taxonomia e sistemática, mecanismos de ação dos antimicrobianos e resistência microbiana às drogas, genética de microorganismos e microbiota normal do corpo humano, técnicas de coloração e semeadura além de outras que consolidam o diagnóstico microbiológico.

Bibliografia Básica:

Jawetz M. Microbiologia Médica Guanabara Koogan, 2000.

Murray P.R et Al. Microbiologia Médica. Guanabara Koogan, 2000.

Bibliografia Complementar:

Pelczarm, M. et al. Microbiologias, v. 1 e 2

Trabulsi L.R et al. Microbiologia, Ateneu, 1999.

Silva, C.H.P.M. Bacteriologia: texto ilustrado. Ed. Eventos, 1999

Componente: **Imunologia I**

Período: 2º

Carga Horária: 30 Horas

<p>Ementa: Compreende o estudo dos mecanismos de resposta imune humoral e celular, assim como o envolvimento destes mecanismos com a saúde e a doença.</p>
<p>Bibliografia Básica: Benjamini E. Coico; R. Sunshine G. Imunologia 4ª Edição Guanabara Koogan 2002 Abbas A. Lichtman Ah. Poher Js. Imunologia Celular & Molecular Ed Revinter Rio De Janeiro 2003</p>
<p>Bibliografia Complementar: Janeway C.A. & Travers P. Imunobiologia Ed Current Biology Ltd.1998 Paul W. Fundamental Immunology Ed Raven Press 1993.</p>

<p>Componente: Psicologia e Saúde</p>
<p>Período: 2º</p>
<p>Carga Horária: 60 Horas</p>
<p>Ementa: Medicalização da sociedade e os determinantes sociais da relação médico/paciente. Sistema de Saúde Brasileiro. O psicólogo nas instituições de saúde física e mental. Objetivos, estrutura, dinâmicas específicas de cada tipo de instituição. Os processos psicológicos desencadeados pelo adoecer. A doença crônica e o paciente terminal. A modalidade de atualização direta e indireta do psicólogo em cada uma destas modalidades. O doente, a família e a equipe.</p>
<p>Bibliografia Básica: Birman J. Enfermidade e Loucura – Sobre a Medicina das inter-relações (Introdução e 2ª Pte- Caps 1 e 3. Rio de Janeiro: Campus, 1980. Canguilhem .G. O Normal e o Patológico (2ª Pte) 4ª Edição. Rio de Janeiro: Ed Forense Universitária, 1995. Camargo Jr. K.R. Algumas Considerações sobre a relação doença, sociedade e psicologia médica In: Mello Fº J. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.</p>
<p>Bibliografia Complementar: Bock, A., et al. Psicologias - uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Saraiva, 1999. Teles, M.L.S. O que é psicologia. São Paulo: Brasiliense, Coleção Primeiros Passos 1996.</p>

<p>Componente: Exercício da Enfermagem (Deontologia, Ética e Legislação)</p>
<p>Período: 2º</p>
<p>Carga Horária: 300 Horas (2 Créditos Teóricos)</p>
<p>Ementa: Reflexão Crítica da Ética Profissional, da Bioética, das Legislações que Regulamentam o Exercício da Enfermagem e Legislações Sanitárias no Brasil. Inserção do aluno nas instituições de saúde nos níveis primário, secundário e terciário.</p>
<p>Bibliografia Básica: Campos, G.W.de S. Reforma da Reforma: repensando a Saúde. 2ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 1997. Oguisso, T.; Schmith, M.J. O Exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal. São Paulo: Editora Ltr, 1999. Sá. A.L. Ética Profissional. 2ª Ed. São Paulo: Atlas, 1998.</p>
<p>Bibliografia Complementar: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos Pela Saúde; Volume 4, 2006 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Programa Saúde da Família: Treinamento Introdutório. Ministério da Saúde, Brasília, 2000 Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Legislação e Normas. Ano 10, N.1, Agosto de 2005. Belo Horizonte: COREN-MG, 2005 Diskin, L. Ética e Arte de Convivência. In: Migliori, R.F. et al. Ética, Valores Humanos e Transformação. São Paulo: Petrópolis, 1998</p>

Componente: Fisiologia VI
Período: 2º
Carga Horária: 75 Horas
Ementa: Mecanismos funcionais específicos do corpo humano, através das características dos seus sistemas: circulatório, respiratório, digestório, regulador (nervoso, hormonal) e renal. A harmonia entre os sistemas para a manutenção da homeostasia (condições estáveis do meio interno do organismo humano) e adaptação do homem ao meio ambiente. Aspectos fisiopatológicos ocasionados pelo desequilíbrio do meio interno.
Bibliografia Básica: Guyton e Hall. Tratado de Fisiologia Médica. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000. Costanzo, L. S Fisiologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999.
Bibliografia Complementar: Gilenan. Fisiologia Dinâmica Editora Ateneu, 2000 Berne, R.M. e Levy M.N. Princípios de Fisiologia. Guanabara Koogan Rio de Janeiro, 1999.

Componente: Parasitologia Geral e Aplicada
Período: 2º
Carga Horária: 60 Horas
Ementa: Nematelmintos, platelmintos e protozoários causadores de doença no ser humano. Principais artrópodes causadores e transmissores de doenças no ser humano. Animais peçonhentos: serpentes, aranhas e escorpião e outros; a ação de suas peçonhas. Técnicas laboratoriais de diagnóstico e sua aplicação prática e o estudo das interações endoparasita/ectoparasita e hospedeiro para compreensão da patogenia e patologia das doenças causadas por eles.
Bibliografia Básica: Amato Neto V e Corrêa L.L. Exame Parasitológico das fezes. 5ª Edição. São Paulo: Savier. 1991. Cimeman B. E; Cimerman S. Parasitologia Humana e seus fundamentos gerais. São Paulo: Atheneu Editora 1999. Lima A.O. Soares. J.B Greco. J.B Galizi J Caçado. J.R Métodos de Laboratório Aplicados À Clínica Técnica e Interpretação. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1992.
Bibliografia Complementar: Neves D.P. Melo; Al; Genaro, O; Linard, P.M. Parasitologias Humana 10ª Edição. São Paulo: Atheneu, 2000. Rey, L. Parasitologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. 695 p.

3º PERÍODO

Componente: SOCIOLOGIA DA SAÚDE
Período: 3º
Carga Horária: 60 Horas
Ementa: Sociologia da saúde e o trabalho de profissionais da respectiva área. Relações de trabalho em hospitais comunidades carentes e a questão da morte pesquisa da realidade do profissional da área da saúde.
Bibliografia Básica: FERREIRA, D.. Manual de Sociologia: Dos Clássicos à Sociedade da Informação, São Paulo: Atlas, 2001. BOEMER et al. A idéia de morte em uma unidade de terapia intensiva análise de depoimentos. Campinas: Papyrus, 1991.
Bibliografia Complementar: Minayo, M. C. S., Coimbra, C. E. A (Orgs.). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

Componente: Farmacologia IV
Período: 3º
Carga Horária: 90 Horas
<p>Ementa:</p> <p>Mecanismos envolvidos na absorção distribuição biotransformação e eliminação dos fármacos em um organismo vivo. Interações sub-celulares dos fármacos responsáveis por seus efeitos desejáveis ou não. Alterações dos efeitos de fármacos decorrentes de alterações moleculares. Implicações sócio-políticas e econômicas relacionadas à produção e ao uso dos medicamentos. Bulas e material promocional de medicamentos.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>Asperheim, M. K. Farmacologia para enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.</p> <p>Katzung, B.G. Farmacologia básica e clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.</p> <p>Silva, P. Farmacologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>Lima, A.B.D. de. Interações medicamentosas. São Paulo: Senac, 1995.</p> <p>Rang, H. P., Moore, P. K., Ritter, J. M. Farmacologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.</p> <p>Springhouse Corporation. Farmacologia clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.</p>

Componente: Genética Básica
Período: 3º Período
Carga Horária: 45 Horas
<p>Ementa:</p> <p>Leis de Mendel e suas aplicações, noções de probabilidade, ligação gênica, genes relacionados ao sexo, bases químicas da herança aberrações cromossômicas, regulação gênica, bem como uma introdução ao estudo da herança poligênica.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>Burns G.W. & Bottino P.J. Genética Ed Guanabara Koogan 6º Edição 1991.</p> <p>Thompson M.W; Mcinnes R.R; Willard H.F. Genética Médica 5º Ed. Guanabara Koogan S.A 1993.</p>
<p>Bibliografia Complementar:Jorde LB; Carey JC; White RL. Genética Médica. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1996</p> <p>Brown TA. Genética: um enfoque molecular. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro MW, 1998</p>

Componente: Fundamentos de Enfermagem I
Período: 3º
Carga Horária: 105 Horas
<p>Ementa: Princípios que fundamentam os procedimentos básicos de enfermagem incluindo as técnicas de administração dos medicamentos, tratamentos de feridas e as técnicas de cateterismo vesical e naso-gástrico.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>Atkinson e Murray. Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao Processo de Enfermagem Editora Guanabara, 1999.</p> <p>Brunner/Suddarth. Tratado de Enfermagem. Guanabara Koogan 1998</p> <p>Carpenito L.J. Diagnóstico de Enfermagem: aplicação à prática clínica. 6ª Edição Porto Alegre 1997.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>Jorge A. Silva Dantas. S.Regina P.E. Abordagem Multyiprofissional Do Tratamento De Feridas Ed Atheneu São Paulo 2003.</p> <p>Iraci Santos et al. Enfermagem Fundamental: realidade, questões e Soluções. São Paulo Editora Atheneu 2001</p> <p>Phyllips L.D. Manual de Terapêutica Intravenosa Editora Artmed 2000.</p>

Componente: Enfermagem em Central de Material Esterilizado
Período: 3º
Carga Horária: 45 horas
<p>Ementa:</p> <p>Os saberes e práticas referentes aos procedimentos de desinfecção e esterilização de materiais médico hospitalar da limpeza do ambiente de saúde, tendo como eixo norteador o papel da enfermagem no controle de infecção hospitalar.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>Berry E.C.Kohn M.L. A técnica na sala de operações. Rio de Janeiro. Interamericana 1977.</p> <p>Cunha A.F.et al Central de Material Esterilizado: rotinas técnicas. Belo Horizonte Heath 1995</p> <p>Drain G.I.Shirly S.B. Enfermagem na sala de recuperação. Rio de Janeiro Interamericana 1981.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>Brasil, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Produtos Saneantes – Domissanitários. Portaria Nº 15 De 23 De Agosto de 1988</p> <p>Brasil, Ministério da Saúde Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de Saúde. Brasília.</p>

4º PERÍODO

Componente: Epidemiologia
Período: 4º
Carga Horária: 60 Horas
<p>Ementa: Conceito ampliado de saúde e doença. História da saúde pública no Brasil.</p> <p>Histórico das práticas de saúde da constituição dos modelos assistenciais vigentes, com ênfase na atenção primária em saúde. Fundamentos do método epidemiológico e sua contribuição para o desenvolvimento das ciências da saúde.</p> <p>Descrição e análise das situações de saúde (diagnóstico de saúde da comunidade). Principais medidas do estado de saúde.</p> <p>A prática da vigilância epidemiológica. Principais desenhos de estudos epidemiológicos. Uso da epidemiologia nos serviços de saúde.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>Almeida Filho N. Rouquayrol M. Z. Introdução A Epidemiologia 3ª Edição Medsi Rio de Janeiro 2002.</p> <p>Pereira M.G. Epidemiologia Teoria E Pratica 1ª Edição Guanabara Koogan Rio de Janeiro 2000.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>Goldbaum M. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Cad Saúde Publ. 1996.</p> <p>Jekel,J. F., Elmore, J. G. Katz, D. L. Epidemiologia: bioestatística e medicina preventiva. Artmed, Porto Alegre, 1999.</p>

Componente: Introdução à Bioestatística
Período: 4º Período
Carga Horária: 60 Horas
<p>Ementa</p> <p>Análise Exploratória de dados e Inferência Estatística.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>Vieira, S.: Introdução A Bioestatística 2ª Edição, Rio de Janeiro: Campus, 1991.</p> <p>Callegari-Jacques, Sídia M. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.</p> <p>Anderson,A.J.B. Interpreting Data Chapman&Hall, Londres 1989.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>Triola, M. Introdução à estatística. Rio de Janeiro: LTC, 2005.</p> <p>Vieira, S. Elementos de estatística. 4ª Ed., São Paulo: Atlas, 2003</p>

Componente: Patologia (Processos Gerais)
Período: 4º Período
Carga Horária: 45 Horas
Ementa: Estudo da patogenia com ênfase nas doenças prevalentes no Brasil, a classificação dessas; as respostas do organismo humano a essas doenças e os efeitos produzidos por essas nos humanos.
Bibliografia Básica: Andrade Barreto Neto Brito E Montenegro Patologia Processos Gerais 3ª Edição São Paulo: Atheneu, 1992. Rubin E.; Farberj. Patologia 1ª Edição Rio de Janeiro: Interlivros, 1990 Anderson W.A.D. Pathology 6ª Edição Stlouis Mosby ;1971 Brasileiro Filho G et al. Bobliolo. Patologia Geral. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
Bibliografia Complementar: Brasileiro Filho, G.; Pittela, J.E.H.; Pereira,, F.E.L; Bambirra, E.A. - Patologia, 5a ed. - Rio de Janeiro - Guanabara Koogan, 1994, 1243p. Stevens, A., Lowe, J.; Patologia. Editora Manole, 1996, 535p.

Componente: Fundamentos de Enfermagem II
Período: 4º Período
Carga Horária: 165 Horas
Ementa: Estudam os instrumentos básicos do cuidar, semiologia e semiotécnica de enfermagem, teorias de enfermagem relacionada à assistência de enfermagem e consulta de enfermagem e as teorias do processo de enfermagem. Desenvolve o conhecimento, atitude e habilidade para realizar a sistematização da assistência de enfermagem como instrumento legal do exercício da prática profissional através da implantação da assistência de enfermagem ao indivíduo no ciclo vital, aplicação dos aspectos éticos e técnico-científico apoiados na semiologia e semiotécnica, no raciocínio clínico e na sistematização da assistência, em situações práticas no campo clínico, que queiram intervenções de enfermagem de menor complexidade.
Bibliografia Básica: Atkinson / Murray. Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999. Silva J.A. Dantas S. Regina P.E. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu, 2003. Santos I. Enfermagem Fundamental- realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2001.
Bibliografia Complementar: Smith Temple.J & Johson J.Y. Guia de Procedimentos em Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2000. Potter, P. A.; Perry, A. G. Grande Tratado de Enfermagem. Prática Clínica e Prática Hospitalar. São Paulo: Ed. Tempo. 1996.

Componente: Pesquisa em Enfermagem
Período: 4º Período
Carga Horária: 30 Horas
Ementa: Epistemologia da ciência. Ciência e outras formas de conhecimento humano. Métodos quantitativos e qualitativos e suas respectivas técnicas de coleta de dados. Ética em Pesquisa. Projeto de Pesquisa: etapas de elaboração. Relatório Final
Bibliografia Básica: Salomon, D.V. Como fazer uma monografia. São Paulo: Martins Fontes, 2000. Alves, R. Filosofia e Ciência: introdução ao jogo e suas regras. São Paulo, Brasiliense, 1989 Lakatos, E. M., Marconi, M. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2002.
Bibliografia Complementar: Costa, M.A.F.; Costa, M.F.B. Metodologia da Pesquisa: conceitos e técnicas. Rio de Janeiro: Interciência, 2001 Vieira, S. Metodologia Científica para a área de saúde. São Paulo: Unicamp, 1984.

5º PERÍODO

Componente: Saúde Ambiental
Período: 5º Período
Carga Horária: 90 Horas
Ementa: Saúde ambiental: ênfase na poluição ambiental, desenvolvimento sustentável, vigilância ambiental, fatores ambientais do processo saúde/doença e morte, educação ambiental, política ambiental e a enfermagem e as questões ambientais.
Bibliografia Básica: Brasil, Ministério da Saúde. Consumo Sustentável – Manual de Educação. Brasília: Programa de Produção do Meio Ambiente, 2002. Brasília: REFORSUS, 2002. _____. Resolução Nº 358, CONAMA, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre tratamento e a disposição final dos resíduos dos 30 de abril de 2005. Irene, G.; Dias, B. Conservação da Biodiversidade em Ecossistemas Tropicais. Petrópolis: Vozes, 2001.
Bibliografia Complementar: Brasil. Resolução Nº 306, ANVISA, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Df, 10 de dezembro de 2004. _____. Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/serviçosaude/manuais/manuaisgerenciamentoresíduos.pdf _____. Ministério da Saúde. Manual de Condutas e Exposição Ocupacional e Material Biológico: Hepatite e HIV. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Componente: Enfermagem Saúde da Mulher
Período: 5º Período
Carga Horária: 165 Horas
Ementa: gênero, sexualidade, saúde reprodutiva. Processo saúde – doença e perfil da morbidade e mortalidade. Política pública de saúde da mulher. Práticas educativas com mulheres. Assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, na saúde sexual e reprodutiva. Abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis. Assistência à mulher no pré-natal de risco habitual. Propedêutica obstétrica. Principais intercorrências clínicas na gestação. Períodos clínicos e mecânicos do parto. Modelo de assistência humanizada ao parto e nascimento. Assistência à mulher no puerpério. Manejo de intercorrências mamárias. Assistência imediata ao recém-nascido normal e no aleitamento materno. Assistência à mulher no climatério. Principais queixas ginecológicas.
Bibliografia Básica: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais. Brasília, 2006. _____. Secretaria Especial de Política para as Mulheres. II Plano Nacional de Política para As Mulheres. Brasília, 2008. _____. Ministério da Saúde. Secretaria De Gestão Estratégica E Participativa. Departamento De Monitoração e Avaliação da Gestão do SUS. Painel Temático Saúde Da Mulher. Brasília: Ministério Da Saúde, 2007.
Bibliografia Complementar: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. _____. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Componente: Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente
Período: 5º Período
Carga Horária: 195 Horas
<p>Ementa:</p> <p>Conceito de enfermagem, razões e características do enfermeiro pediatra. Morbi-mortalidade infantil numa visão política, social e econômica, bem como as intervenções do enfermeiro frente a esta situação. Crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente de forma integral. Metodologia da assistência através da consulta e processo de enfermagem para atender a clientela infantil, seja na comunidade e instituição de saúde a na atenção primária, na média e na alta complexidade.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>Alcântara P.; Marcondes, E. <i>Pediatria Básica</i>. Sarvier: São Paulo, 2004.</p> <p>Cursino, M. R.; <i>Assistência De Enfermagem Em Pediatria</i>. São Paulo: Sarvier, 2002.</p> <p>Whaley L.F. Wong D.L: <i>Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais a Intervenção Efetiva</i>. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>Brasil, Ministério Da Saúde. <i>Atenção Integrada As Doenças Prevalentes Na Infância (AIDPI)</i>. Brasília, 2000.</p> <p>Brasil, Ministério da Saúde. <i>Manual de Aleitamento Materno e Desmame</i>. Brasília, 2000. Brasil, Ministério da Saúde. <i>Manual de Crescimento e Desenvolvimento da Criança Saúde da Família</i>. Brasília, 2001.</p> <p>Sigaud C.H.S; Veríssimo, M. <i>Enfermagem Pediátrica: O cuidado de enfermagem a criança e no adolescente</i>. São Paulo: EPU, 2006.</p>

6º PERÍODO

Componente: Enfermagem Saúde do Adulto
Período: 6º Período
Carga Horária: 300 Horas
<p>Ementa: Metodologia da assistência de enfermagem aplicada ao assistir o ser humano a partir da fase adulta do ciclo vital, numa abordagem holística, considerando, no seu contexto de vida, sua inserção na família, no trabalho e envolvendo suas demais inter-relações sociais. Processo saúde-doença nas esferas da atenção primária, secundária e terciária à saúde. Construção e a apropriação de saberes eruditos próprios da enfermagem enquanto ciência ao cuidar de clientes adultos e ou idosos na perspectiva teórica de Dorotéia Oren - o auto cuidado - e de Wanda de Aguiar Horta - necessidades humanas básicas, adotando os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA (North American Diagnoses Association). Construção de conhecimentos específicos da enfermagem relacionados à saúde do adulto e do idoso sadios, com potencial para adoecer, portadores de deficiências físicas ou de transtornos fisiopatológicos. Desenvolvimento de um processo de raciocínio crítico, investigatório e analítico ao cuidar de indivíduos adultos e/ou idosos em seu contexto de vida ou durante período de hospitalização, apoiando-se na Política Nacional de Saúde. Reflexão sobre as atitudes condizentes com a ética profissional, em contexto multiprofissional, ao assistir o adulto, o idoso e sua família ao planejar e implementar a assistência de enfermagem.</p>
<p>Bibliografia Básica: Alexandre, N. M. C. <i>Procedimentos Básicos de Enfermagem</i>. São Paulo: Atheneu, 1995.</p> <p>Barsan W. G., Jastremski M. S., Syverur S. A. <i>O uso de drogas em emergências</i>. Tradução Fernando Gomes do Nascimento. Rio de Janeiro, 1994. 651p.</p> <p>Cintra E. A., Nishide V. M., Nunes W. A. <i>Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico</i>. São Paulo: Atheneu. 2000.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>Bonassa E. M.A. <i>Enfermagem em Quimioterapia</i> São Paulo Atheneu 1992 1-279p</p> <p>Carvalho P.R. <i>Boas Práticas Químicas em Biossegurança</i>. Rio de Janeiro: Interciência 1999.</p> <p>Costa M.A.F. <i>Da Biossegurança Segurança Química Básica Em Biotecnologia E Ambientes Hospitalares 1ª Edição</i></p>

Componente: Administração em Enfermagem I
Período: 6º Período
Carga Horária: 105 Horas
Ementa: Pensamento administrativo em enfermagem, compreendendo esta como uma dimensão do cuidar os instrumentos e meios para o desenvolvimento da administração em enfermagem a administração de recursos materiais e as relações humanas no trabalho. Administração geral e sua contribuição para o desenvolvimento da administração em enfermagem. O enfermeiro e a administração em enfermagem.
Bibliografia Básica: Alfaro Lefevre R. Pensamento Crítico em Enfermagem: um enfoque prático. Porto Alegre: Artes Médica, 1996. Almeida M.C.P. Rocha S.M.M. O Trabalho De Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997. Waldow V.R., Lopes M.J.M. Meyer Maneiras de cuidar maneiras de ensinar a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
Bibliografia Complementar: Brasil. Resolução nº 50 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Dutra J.S. Gestão de pessoas modelo processos tendências e perspectivas. São Paulo: Atlas, 2002. Kurggant, P (coord). Gerenciamento em Enfermagem. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

7º PERÍODO

Componente: Enfermagem em Saúde Mental
Período: 7º Período
Carga Horária: 105 Horas
Ementa: Processo saúde-doença, enfocando o sofrimento psíquico em sua abrangência e complexidade, considerando as dimensões relacionadas à família e comunidade. Abordagem às políticas de saúde mental. Produção do conhecimento na ação e reflexão do cuidado de enfermagem aos indivíduos portadores de transtornos mentais. Diretrizes políticas para a atenção em saúde mental. A prática da enfermagem no setor de saúde mental. Caracterização dos serviços especializados e a assistência aos portadores de transtornos mentais.
Bibliografia Básica: Barros, Sônia; Egry, Emiko Y. O Louco, A Loucura E A Alienação Institucional. Cabral Ed. Universitária: Taubaté, 2001 Harari, A.; Valentini, W. A Reforma Psiquiátrica No Cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2001. Kaplan, N.I.; Sadock, B.J. Compêndio De Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas. 2005.
Bibliografia Complementar: Brasil. I Conferência Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. 1987. _____.Ministério da Saúde – Portaria Nº 1407 – 08/06/94. Dispõe sobre os Princípios Para Proteção de Pessoas acometidas de Transtorno Mental e para a melhoria da Assistência À Saúde Mental. Diário Oficial Brasília. 9 Jun. 1994. Seção 1. p. 8802. _____.Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 1408. 08/06/1994. Dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico, do diretor clínico e dos médicos assistentes na garantia de que as pessoas com transtorno mental sejam tratadas com o respeito e a dignidade inerentes à pessoa humana. Diário Oficial. Brasília, 14 Jun. 1994, Seção 1, p. 8548.

Componente: Administração Em Enfermagem II
Período: 7º Período
Carga Horária: 160 Horas
Ementa: Processo gerencial, as condições de trabalho na enfermagem, o sistema de informação, a tomada de decisão, a supervisão, a liderança, a gestão de qualidade, o gerenciamento de recursos humanos, auditoria e as mudanças em enfermagem como meio para desenvolver a administração em enfermagem. Processo de gerenciamento em enfermagem. Tendências e perspectivas do gerenciamento do trabalho em enfermagem.

<p>Bibliografia Básica:</p> <p>Alfaro Lefevre R. Pensamento Crítico Em Enfermagem Um Enfoque Prático Porto Alegre; Artes Médica 1996.</p> <p>Santos I. Supervisão em Enfermagem. Rio de Janeiro Cultura Médica 1993.</p> <p>Waldow V.R., Lopes, M.J.M. Meyer Maneiras de cuidar maneiras de ensinar a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas 1995.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>Druker P. F. O melhor de Peter Druker a administração tradução de Arlete Símile Marques. São Paulo: Nobel, 2001.</p> <p>Dutra J.S. Gestão de Pessoas Modelo Processos Tendências e Perspectivas. São Paulo Atlas 2002.</p> <p>Kurggant, P. (coord) Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.</p>

Componente: Enfermagem em Saúde Coletiva
Período: 7º Período
Carga Horária: 120 Horas
<p>Ementa: Subáreas que compõem a área de saúde coletiva e os objetivos de seus diversos campos. Epidemiologia e o assistir ao ser humano, considerando o seu contexto de vida, a sua inserção na família numa dada população e no trabalho conjunto com as demais inter-relações sociais. Processo saúde/doença nas esferas da atenção primária, secundária e terciária de saúde.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>Almeida, M. C. P.de, Mishima, S.M., Silva, E. M. M. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – Rede Básica de Saúde. In: Almeida, M.C.P.de; Rocha, S. M. Melo (orgs) O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez Editora, 1997.</p> <p>Andrade, S.M de, Soares, D. A., Cordoni Junior, L. (orgs). Bases da Saúde Coletiva, Londrina: Ed. UEL, 2001</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN. Comissão Permanente de Serviço de Enfermagem. Descentralização em Saúde e a prática da enfermagem. (Série Documento 3). Brasília: ABEN, 1992.</p> <p>_____. Comissão Permanente de Serviço de Enfermagem. Serviços de Saúde: Conceitos, Gestão, Avaliação. (Série Documento 2). Brasília: ABEN, 1992.</p>

8º PERÍODO

Componente: Trabalho de Conclusão de Curso I
Período: 8º Período
Carga Horária: 68 Horas
<p>Ementa: Elaboração de um projeto de pesquisa (delimitação do tema, do referencial teórico e metodológico, levantamento bibliográfico) Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos.</p>
<p>Bibliografia Básica:</p> <p>Lobiondo-wood, G. Haber, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.</p> <p>Matheus, M. C. C. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: LMP, 2006.</p> <p>Polit, D. F., Hungler, Bernadete P., Beck, Cheryl T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2004.</p>
<p>Bibliografia Complementar:</p> <p>Minayo, M.C.de S., Deslandes, S. F. Pesquisa social. Petrópolis: Vozes, 2002.</p> <p>Santos, I.dos. Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais. São Paulo: Atheneu, 2005.</p>

Componente: Estágio Curricular Supervisionado I
Período: 8º Período
Carga Horária: 420 Horas
Ementa: Vivências de situações reais da atenção primária à saúde por alunos do Curso de Graduação que lhes permitem aplicar e aprofundar os conhecimentos na área de saúde e enfermagem e desenvolver as competências nas dimensões do cuidar, do administrar, do investigar e educar objetivando a promoção e a prevenção de agravos à saúde.
Bibliografia Básica: Egry, Emiko Yoshikawa. Saúde Coletiva: Construindo um novo método em Enfermagem. São Paulo: Ícone Editora, 1996. Andrade, Selma Maffei De, Soares, Darli Antonio, Junior, Luiz Cordoni (Org). Bases da Saúde Coletiva, Londrina: Ed. UEL, 2001. Brasil, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações de Imunização e auto-suficiência em imuno-biológicos. Manual de Normas de Vacinação. Brasília: 2001.
Bibliografia Complementar: Brasil, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa. Departamento de Operações, Coordenação de Saúde da Comunidade. Programa Saúde da Família – Brasília, 1994. Ministério da Saúde. Portaria MS/Nº-545 De 20/05/93. Norma Operacional Básica SUS 01/1993. Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília, 24 Maio 1993. Ministério da Saúde. Portaria MS/Nº-545 De 20/05/93. Norma Operacional Básica SUS 01/1996. Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília, 2 Set.1996.

9º PERÍODO

Componente: Trabalho de Conclusão de Curso II
Período: 9º Período
Carga Horária: 170 Horas
Ementa: Execução do projeto de pesquisa (coleta e análise dos dados) Elaboração do relatório final. Apresentação do relatório de pesquisa à banca examinadora.
Bibliografia Básica: Lobiondo-wood, G. Haber, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Matheus, M. C. C. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: LMP, 2006. Politt, D. F., Hungler, Bernadete P., Beck, Cheryl T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2004.
Bibliografia Complementar: Minayo, M.C.de S., Deslandes, S. F. Pesquisa social. Petrópolis: Vozes, 2002. Santos, I.dos. Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais. São Paulo: Atheneu, 2005.

Componente: Estágio Curricular Supervisionado II
Período: 9º Período
Carga Horária: 420 Horas
Ementa: Vivências de situações reais da atenção secundária e terciária à saúde por alunos do Curso de Graduação que lhes permitem aplicar e aprofundar os conhecimentos na área de saúde e enfermagem e desenvolver as competências nas dimensões do cuidar, do administrar, do investigar e educar objetivando a promoção e a prevenção de agravos à saúde.
Bibliografia Básica: Alfaro Lefevre R. Pensamento crítico em enfermagem em enfoque prático. Porto Alegre: Artes Médica 1996. Almeida M.C.P.Rocha S.M.M. O Trabalho De Enfermagem São Paulo Cortez 1997. Campos, G. W. S., Merhy, E. E, Nunes, E. D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1994.
Bibliografia Complementar: Santos I. Supervisão em enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993. Waldow V.R., Lopes M.J.M. Maneiras de cuidar maneiras de ensinar a Enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANEXO C – Termo de Aprovação do Comitê de ética em pesquisa da UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 305/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2222.282.2010 **FR:**381854 **CAAE:** 0200.0.180.000-10

Projeto de Pesquisa: A integralidade do cuidado na formação do enfermeiro

Área Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Denise Barbosa de Castro Friedrich

Data prevista para o término da pesquisa: julho/2012

Pesquisadores Participantes: Fábio da Costa Carbogim

Instituição sediadora: Faculdade de Enfermagem/UFJF

Análise do protocolo:

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	x				
	Objeto de estudo está bem delineado	x				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	x				
	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	x				
Material e Métodos	Informa	Tipo de estudo	x			
		Procedimentos que serão utilizados	x			
		Número de participantes	x			
		Características da população	x			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis				x
		Crítérios de inclusão e exclusão	x			
		Recrutamento	x			
		Riscos ou desconfortos esperados	x			
		Coleta de dados	x			
		Tipo de análise	x			
		Cuidados Éticos	x			
		Assegura o arquivamento do material coletado pelo período mínimo de cinco anos	x			
		Explicita como será o descarte do material coletado				x
Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	x				
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	x				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	x				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	x				
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	x				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	x				
Referências	Segue uma normatização	x				
Instrumento de coleta de dados	Possibilita algum constrangimento para o sujeito		x			
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	x				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa		x			



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

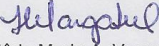
Termo de assentimento	Apresenta o termo em caso de participação de menores					x	
TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	x					
	Apresenta justificativa e objetivos	x					
	Descreve suficientemente os procedimentos	x					
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	x					
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	x					
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	x					
	Garante sigilo e anonimato	x					
	Explicita	Riscos e desconfortos esperados	x				
		Benefícios esperados	x				
		Ressarcimento de despesas	x				
Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa		x					
Forma de contato com o pesquisador		x					
	Forma de contato com o CEP	x					
Pesquisador(es)	Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa	x					
	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	x					
Documentos	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	x					
	Folha de Rosto preenchida	x					
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)	x					
	Resumo do projeto	x					
	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	x					
	Um CD-ROM gravado contendo: Projeto de pesquisa, Resumo do projeto e TCLE.	x					

P= parcialmente

NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 18 de novembro de 2010


Prof. Dra. Iêda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: 17 / 12 / 2010
ASS: 