

ROSIANE FILIPIN RANGEL

**CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE:
PERCEPÇÃO DE DOCENTES E DISCENTES DE ENFERMAGEM**

RIO GRANDE

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM (EEnf)
MESTRADO EM ENFERMAGEM
CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE DOCENTES E DISCENTES
DE ENFERMAGEM

ROSIANE FILIPIN RANGEL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador: Dr^a. Dirce Stein Backes

RIO GRANDE
2011

Ficha Catalográfica

R196c

Rangel, Rosiane Filipin

Cuidado Integral em Saúde : percepção de
docentes e discentes de enfermagem / orientação
por Prof^a. Dr^a. Dirce Stein Backes. – Rio Grande,
RS: Universidade Federal do Rio Grande, 2011.
99 p.

1. Enfermagem 2. Pesquisa em enfermagem 3.
Assistência à saúde 4. Cuidados em enfermagem I.
Título

CDU 616-083

ROSIANE FILIPIN RANGEL

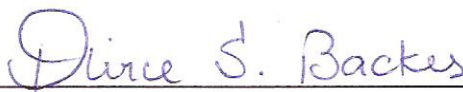
**CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE DOCENTES E DISCENTES
DE ENFERMAGEM**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de: **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 29 de março de 2011, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

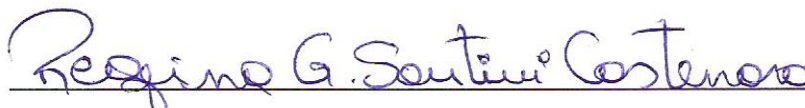


Dr^a. Helena Heidtmann Vaghetti
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

BANCA EXAMINADORA:



Dr^a. Dirce Stein Backes – Presidente (FURG)



Dr^a. Regina Gema Santini Costenaro - Membro efetivo (UNIFRA)



Dr^a. Helena Heidtmann Vaghetti - Membro efetivo (FURG)

Dr^a. Valéria Lerch Lunardi - Suplente (FURG)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho
aos meus pais, Gaspar e Inês, pelo amor e apoio incondicional;
ao meu noivo, Rafael, pelo amor, apoio e compreensão;
às Dr^{as}. Dirce Backes e Regina Costenaro, pelo apoio e estímulo constantes.*

AGRADECIMENTOS

✚ A Deus, pelo dom da vida, por guiar meus passos, sempre me mostrando o melhor caminho a seguir, e pelos momentos em que Lhe procuro e sinto sua presença a confortar-me.

Direi do SENHOR: Ele é o meu Deus, o meu refúgio, a minha fortaleza, e nele confiarei (Salmo 91).

✚ Aos meus amados pais, Gaspar e Inês, por acreditarem nos meus sonhos e estarem comigo na busca de sua realização; por ensinarem-me os valores de vida que hoje trago comigo; por escutarem-me nos momentos de angústia e estarem comigo nos momentos de alegria; pelo amor, carinho e compreensão sempre. AMO VOCÊS INCONDICIONALMENTE!!

*♪ E não há nada pra comparar
Para poder lhe explicar
Como é grande o meu amor por vocês ♪ (Roberto Carlos)*

✚ Ao meu amado noivo, Rafael, pelo apoio, amor, carinho, compreensão; pelo estímulo nos momentos em que eu desanimava; pelo incentivo na busca do conhecimento; por entender os momentos em que estive ausente; por se fazer presente, apesar da distância. AMO-TE MUITÃO!!!

♪ Hoje preciso de você... Hoje eu preciso te abraçar... Pra esquecer os meus anseios e dormir em paz!... Hoje só tua presença vai me deixar feliz... ♪ (Rogério Flausino e Fernanda Mello)

✚ À minha irmã, Lidiane, e minhas sobrinhas, Maria Eduarda e Jovana, simplesmente pelo fato de existirem na minha vida e fazerem dela mais feliz. Ao meu sobrinho e afilhado, Filipi, por sua compreensão, pelo companheirismo, pelas palavras de carinho e apoio durante a realização deste trabalho. AMO VOCÊS.

*♪ Nem mesmo o céu nem as estrelas
Nem mesmo o mar e o infinito
Não é maior que o meu amor
Nem mais bonito ♪ (Roberto Carlos)*

✚ À minha orientadora, Dr^a. Dirce Stein Backes, pela maneira como conduziu a orientação deste trabalho. Você transmitiu-me tranquilidade e segurança nos momentos em que eu mais me senti fragilizada; soube considerar cada palavra que eu escrevia, fazendo com que, assim, eu me sentisse estimulada a seguir em frente. Agradeço pelo forte abraço a cada encontro, pelas palavras doces e carinhosas, pelas orações, pela amizade, pela compreensão e pelo apoio; por me proporcionar momentos de grande conhecimento. Você é um grande exemplo. MUITO OBRIGADA!

✚ À minha banca, Dr^a. Regina Gema Santini Costenaro, minha orientadora na graduação e grande incentivadora da minha inserção na pesquisa. Obrigada por acreditar em mim durante a graduação. Nessa época, seu apoio fez com que eu acreditasse ser possível realizar o sonho que hoje estou concretizando. Obrigada pelo carinho, apoio e amizade. Obrigada pelas contribuições nesta pesquisa. Minha profunda gratidão e admiração.

“Nunca alguém tão grande se fez tão pequeno para tornar grandes os pequenos” (Augusto Cury).

✚ Às Dr^{as}. Helena Vaggetti e Valéria Lunardi, bancas deste trabalho, pelas suas contribuições, pela acolhida em Rio Grande e pelo auxílio enquanto estive cursando as disciplinas do mestrado. Meu carinho, respeito e admiração.

✚ À amiga e banca-informação, Cláudia Zamberlan, pelos conselhos e pelas contribuições neste trabalho. Muito obrigada!

✚ A Exma. Prof^a. Iraní Rupolo, Magnífica Reitora do Centro Universitário Franciscano, pelas palavras de incentivo e pelo apoio. Meu respeito e admiração.

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina” (Cora Coralina).

✚ Aos meus irmãos de coração, Etienne e Adrean, por estarem presentes em minha vida, pelo carinho e ombro amigo que sempre encontro em vocês. Muito obrigada por tudo!

✚ A todos os meus amigos pela amizade, carinho e respeito.

♪ *Super fantástico amigo*
Que bom estar contigo...
O mundo fica bem mais divertido ♪ (Turma do Balão Mágico)

✚ À Geisa e à Fernanda, novas amigas que conquistei durante o mestrado. Foram mais do que importantes enquanto estive em Rio Grande, pois o apoio de vocês tornou menos dolorosa a distância de casa e daqueles que amo. Obrigada por cada momento que compartilhamos. Vocês são pessoas muito especiais, amigas que, certamente, apesar da distância, levarei para sempre comigo.

♪ *Amigos eu ganhei*
Saudades eu senti partindo
E às vezes eu deixei
Você me ver chorar sorrindo... ♪ (Roberto e Erasmo Carlos)

✚ Ao corpo docente do PPGENF – FURG e colegas do mestrado, pela agradável convivência e troca de conhecimentos.

✚ À Profª. Lenice, por me acompanhar no estágio de docência e pelos ensinamentos. Agradeço de coração pelos momentos compartilhados.

✚ À Profª. Mara Marinho, coordenadora do curso de Enfermagem da UNIFRA, por permitir a realização da pesquisa e pelo apoio e carinho durante esse processo.

✚ A UNIFRA e a todos os professores do curso de Enfermagem, por me proporcionarem um ensino de qualidade, fazendo com que eu conseguisse, assim, ingressar num curso de pós-graduação. Aos funcionários da UNIFRA, especialmente aos do CPD, Rafael e Elvandi, e da biblioteca, Marinês, pelo respeito, amizade e carinho.

“Educar é semear com sabedoria e colher com paciência” (Augusto Cury).

✚ À amiga Claudete, pela colaboração na coleta dos dados. Muito obrigada!

✚ Aos docentes e discentes participantes deste estudo, por enriquecê-lo com suas discussões. Aqui, demonstro minha admiração por vocês e deixo meu muito obrigada!!!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana” (Carl Gustav Jung).

✚ A todos os que não estão aqui citados, mas que de alguma maneira contribuíram para realização deste trabalho.

“Ninguém é digno do oásis se não aprender a atravessar seus desertos” (Augusto Cury).

RESUMO

RANGEL, Rosiane Filipin. Cuidado Integral em Saúde: Percepção de docentes e discentes de Enfermagem. 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O presente trabalho constitui-se numa pesquisa de caráter descritivo-exploratório, com uma abordagem qualitativa, cujos objetivos são compreender o significado do cuidado integral para os docentes e discentes do curso de Enfermagem; identificar se o cuidado integral é abordado na formação acadêmica e, em caso afirmativo, como está sendo trabalhado. Os sujeitos do estudo foram seis discentes e sete docentes do curso de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior localizada na Região Central do Rio Grande do Sul. A coleta de dados baseou-se na técnica de grupo focal, constituída de três sessões realizadas com os discentes e três com os docentes, gravadas e transcritas posteriormente. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, da qual se destacaram três grandes temáticas: a construção da integralidade; a compreensão de cuidado integral; a formação do enfermeiro para o cuidado integral, seguidas de subtemas. A partir dos resultados obtidos, foi possível considerar que a integralidade é um tema em construção, dinâmico, flexível, passível de novas reformulações, com base em vivências e construções dos próprios sujeitos. Já o cuidado integral, mesmo com significados específicos, está atrelado à integralidade, não ocorre apenas por ação de um sujeito, pois depende de uma rede de cuidados, e deve ir além das necessidades visíveis. Quanto à formação, entende-se que é um dos principais meios de transformação nas questões de saúde, existindo uma ampla discussão, tanto de docentes quanto de discentes, acerca da real importância de cada um nesse processo. Assim, conclui-se que a discussão sobre integralidade envolve a complexidade do ser e fazer, visto que é um processo em construção, passível de novas reformulações com base em vivências e construções dos próprios sujeitos. Tal qual a integralidade, o cuidado integral acontece de modo gradual, desenvolvendo-se de acordo com as relações estabelecidas, além de exigir uma desconstrução de práticas lineares focadas em ações tecnicistas. A integralidade e o cuidado integral necessitam permear as ações do saber e fazer do enfermeiro; para isso, devem ser abordadas desde a formação acadêmica. Ressalta-se, por fim, que, na Instituição de realização da pesquisa, já estão ocorrendo transformações visando ao cuidado integral.

Descritores: Enfermagem. Pesquisa em Enfermagem. Assistência Integral à Saúde. Assistência à Saúde. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

RANGEL, Rosiane Filipin. Integral Health Care: The Perception of Professors and Students of Nursing. 2011. 99 f Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Nursing School. Nursing Graduate Degree Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

The present paper is constituted in a research of descriptive-exploratory character, with a qualitative approach, whose objectives are to understand the meaning of the integral care for the professors and students of Nursing; to identify if the integral care is approached in the academic formation and, if it is so, how it is being performed. The subjects of the study were six professors and students of the Nursing course of an Undergraduate Institution located in the Central Region of Rio Grande do Sul. The data collection was based in the focal group technique, constituted of three sessions carried out with students and three with the professors, recorded and transcribed later. For the data analysis, a content analysis technique in the theme modality was used, from which three great themes were emphasized: the integrality construction; the understanding of the integral care; the integral care nurse formation, followed by subthemes. From the obtained results, it is possible to consider that integrality is a theme under construction, dynamic and flexible, passive of new formulations, based on experiences and construction of the subjects themselves. As for the integral care, even with specific meanings, is tied to integrality; it does not occur only by the action of the subject, for it depends on a care network; it should go beyond the visible necessities. As the formation, it is understood that it is one of the major means of transformation in health issues, forming a wide discussion, for both professors and students, around the importance of each one in this process. Thus, it is concluded that the discussion around integrality involves the complexity of being and doing, hence it is a process under construction, passive of new formulations based on the experiences and constructions of the subjects themselves. Just as integrality, the integral care happens in a gradual mode, developing itself according to the established relations, besides demanding a deconstruction of the linear practices focused in technical actions. The integrality and integral care need to permeate the actions knowing and doing of the nurse; for such, it should be approached from the academic formation. It is, lastly, highlighted, that in the Institution where the research was carried out, these transformations are already taking place aiming at the integral care.

Descriptors: Nursing. Research in Nursing. Integral Health Assistance. Health Assistance. Nursing Cares.

RESUMEN

RANGEL, Rosiane Filipin. Cuidado Integral en Salud: Percepción de docentes y estudiantes de enfermería. 2011. 99 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

El presente trabajo se constituye en una investigación de carácter descriptivo exploratorio, con un abordaje cualitativo, cuyos objetivos son comprender el significado del cuidado integral para los docentes y estudiantes del curso de Enfermería; identificar si el cuidado integral es abordado en la formación académica y, en caso afirmativo, como está siendo trabajado. Los sujetos del estudio fueron seis estudiantes y siete docentes del curso de Enfermería de una Institución de Enseñanza Superior localizada en la Región Central del Rio Grande do Sul. La colecta de datos fue basada en la técnica de grupo focal, constituida de tres sesiones realizadas con los estudiantes y tres con los docentes, grabadas y transcritas posteriormente. Para el análisis de los datos, se utilizó la técnica de análisis de contenido en la modalidad temática, de la cual se destacaron tres grandes temáticas: la construcción de la integralidad; la comprensión de cuidado integral; la formación del enfermero para el cuidado integral, seguidas de subtemas. A partir de los resultados obtenidos, es posible considerar que la integralidad es un tema en construcción, dinámico, flexible, pasible de nuevas reformulaciones, con base en vivencias y construcciones de los propios sujetos. Ya el cuidado integral, mismo con significados específicos, está unido a la integralidad; no ocurre apenas por acción de un sujeto, pues depende de una red de cuidados; debe ir más allá de las necesidades visibles. Con respecto a la formación, se entiende que es uno de los principales medios de transformación en las cuestiones de salud, existiendo una amplia discusión, tanto de docentes como de estudiantes, acerca de la real importancia de cada uno en ese proceso. Así, se concluye que la discusión sobre integridad envuelve la complejidad del ser y hacer, visto que es un proceso en construcción, pasible de nuevas reformulaciones con base en vivencias y construcciones de los propios sujetos. Tal cual la integridad, el cuidado integral acontece de manera gradual, desarrollándose de acuerdo con las relaciones establecidas, además de exigir una reconstrucción de prácticas lineares con focos en acciones técnicas. La integridad y el cuidado integral necesitan permear las acciones del saber y hacer del enfermero; para eso, deben ser abordadas desde la formación académica. Se resalta, finalmente, que, en la Institución de realización de la investigación, ya están ocurriendo transformaciones visando el cuidado integral.

Descriptor: Enfermería. Investigación en Enfermería. Asistencia Integral a la Salud. Asistencia a la Salud. Cuidados de Enfermería.

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 - Ideia central de integralidade e cuidado integral extraída das discussões e conclusões dos discentes	39
Esquema 2 - Ideia central de integralidade e cuidado integral extraída a partir das discussões dos docentes	41
Esquema 3 - Temas e subtemas emergidos pela análise dos dados	43
Esquema 4 - Representando o cuidado integral	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ilustração da concepção de cuidado integral elaborada pelos discentes de Enfermagem da UNIFRA	52
Figura 2 - Ilustração da concepção de cuidado integral elaborada pelos docentes de Enfermagem da UNIFRA	54

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 OBJETIVOS.....	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 Integralidade como princípio do SUS.....	21
2.2 Integralidade na ótica de autores de referência	23
2.3 Formação do enfermeiro no Brasil à luz do princípio da integralidade	24
2.4 Cuidado integral nas práticas de Enfermagem	26
3 CAMINHO METODOLÓGICO	30
3.1 Caracterização	30
3.2 Local do estudo	31
3.3 Sujeitos do estudo	32
3.4 Coleta de dados.....	33
3.5 Constituição das sessões e composição do grupo	33
3.6 Dinâmica das sessões	34
3.6.1 Sessões com os discentes	34
3.6.2 Sessões com os docentes.....	35
3.7 Análise dos dados.....	35
3.8 Aspectos éticos	36
3.9 Apresentação dos resultados das sessões de grupo focal	37
3.9.1 Descrição das sessões do grupo focal.....	37
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	43
4.1 Construção da integralidade	43
4.1.1 Construção complexa sujeito-sujeito	44
4.1.2 Processo contínuo e dinâmico de construção e desconstrução.....	46
4.2 Compreensão de cuidado integral.....	49
4.2.1 Interação subjetiva consigo e com o outro	49
4.2.2 Cuidado integral e suas inter-relações	52

4.3 Formação do enfermeiro para o cuidado integral	55
4.3.1 Permitindo a transformação: a formação do enfermeiro pela ótica dos discentes.....	55
4.3.2 Formando para a (des)organização: a formação do enfermeiro pela ótica dos docentes.....	57
5 DISCUSSÃO	61
5.1 Construção da integralidade	61
5.2 Compreensão de cuidado integral.....	64
5.3 Formação do enfermeiro para o cuidado integral	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES	85
ANEXOS	88



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

“As grandes ideias surgem da observação dos pequenos detalhes” (Augusto Cury).

O interesse pela temática do cuidado integral surgiu em virtude das minhas inquietações e observações durante a graduação, mais precisamente a partir do terceiro semestre do curso de Enfermagem. Juntamente com as aulas teóricas, ocorreram as aulas práticas tanto no hospital quanto na comunidade, em que se buscou compreender o cuidado ao ser humano de forma ampliada e contextualizada.

Realizei as primeiras aulas práticas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde comecei a observar algumas lacunas referentes ao atendimento ao usuário de saúde,¹ desde a sua chegada à UBS até o momento dos encaminhamentos necessários, os quais possibilitaram perceber a descontinuidade da assistência. A seguir, na decorrer das aulas práticas, passei a atuar em um hospital privado, onde observei a mesma lacuna no atendimento. Dessa forma, pude perceber profissionais mais envolvidos com as questões burocráticas do que propriamente com a assistência ao usuário, além de permanecerem focados na doença e em processos pontuais e fragmentados, postura que dificulta a referência e a contrarreferência,² assim como a resolutividade em saúde, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, vários questionamentos permearam o meu processo de formação profissional, sendo que muitos ainda permanecem sem respostas, tais como: Como promover um cuidado em saúde, possibilitado pela integralidade, continuidade e resolutividade? Como viabilizar os princípios do SUS na prática do dia a dia?

Ao longo das minhas observações e indagações, percebi que uma das lacunas pode estar associada à formação acadêmica, pois nela são priorizadas abordagens tradicionais de ensino-aprendizagem. Magalhães (2000) corrobora essa ideia ao mencionar que as pessoas tornam-se críticas e desenvolvem a criatividade

¹ Usuário de saúde é uma terminologia adotada pelo Sistema Único de Saúde, também utilizada neste trabalho.

² Referência é ir de um nível de menor para o de maior complexidade, enquanto a contrarreferência é ir do nível de maior para o de menor complexidade (BRASIL, 2003).

à medida que possuem espaços para esse desenvolvimento, visto que não há como transformar-se em espaços fechados, ou seja, em ambientes nos quais o conhecimento gerado é transmitido de forma verticalizada e pouco interativa.

Na busca pela formação de profissionais mais críticos e comprometidos com a atenção integral à saúde, por meio de ferramentas como o acolhimento e o vínculo profissional-usuário, a integralidade sugere uma nova maneira de cuidar e intervir na realidade dos indivíduos, famílias e comunidades (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006). Dito de outro modo, o cuidado passa a transcender a compreensão biológica e alcança as diferentes dimensões que envolvem o ser humano como um ser singular e multidimensional (FERREIRA; CAMPOS, 2009).

Nesse sentido, é válido reconhecer que o enfermeiro destaca-se pelo cuidado integral ao ser humano, por ter uma formação que preconiza, em seu discurso, a valorização/reconhecimento do contexto social; a identificação com as necessidades e expectativas dos usuários; a interação com os diferentes profissionais; a capacidade de promover a interação entre os usuários e a equipe de saúde, gerando um cuidado integral e integrador (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2009). Assim, a questão da integralidade tem de ser abordada na formação do enfermeiro, mas também na formação dos demais profissionais da saúde, a fim de produzirem e promoverem uma perspectiva ampliada de cuidados em saúde, a partir de atitudes éticas, sensíveis e solidárias com as reais necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades (SENA et al., 2008).

Com base nas reflexões anteriormente explicitadas, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: O que significa o cuidado integral para os docentes e discentes do curso de Enfermagem? O cuidado integral está sendo abordado na formação acadêmica? Em caso afirmativo, como está sendo trabalhado?



OBJETIVOS

1 OBJETIVOS

“O maior líder é aquele que reconhece sua pequenez, extrai força de sua humildade e experiência da sua fragilidade” (Augusto Cury).

Através deste trabalho, tem-se por objetivos

- ✓ compreender o significado de cuidado integral para os docentes e discentes do curso de Enfermagem;
- ✓ identificar se o cuidado integral está sendo abordado na formação acadêmica; em caso afirmativo, como vem sendo trabalhado.



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos. E é como sujeito e somente enquanto sujeito que o homem pode realmente conhecer” (Paulo Freire).

Neste capítulo, serão tecidas algumas reflexões e abordados alguns fundamentos teóricos acerca das seguintes temáticas: integralidade como princípio do SUS; integralidade na ótica de autores de referência; formação do enfermeiro à luz do princípio da integralidade; o cuidado integral nas práticas de Enfermagem.

2.1 Integralidade como princípio do SUS

Na história da saúde brasileira, pode-se observar que, durante décadas, vários foram os modelos e ideologias políticas que nortearam as decisões governamentais nessa área. Nesse sentido, no final do século XIX, com a descoberta de Pasteur, que passou a defender a associação causal entre a bactéria e a doença, tornou-se hegemônico o modelo unicausal, o qual explicava a doença e negava a determinação social. Após a ditadura, em 1964, em virtude da influência dos Estados Unidos (EUA) sobre o Brasil, inclusive no setor da saúde, foi adotado o modelo de saúde Flexneriano,³ visando ao ensino dissociado, hospitalocêntrico, biologicista, e negando a saúde mental, a saúde pública e as ciências sociais (DA ROS, 2009).

Na metade da década de 70, com a crise da ditadura, os movimentos de resistência fortaleceram-se e ganharam espaço nas conferências nacionais de saúde. Dentre eles, destaca-se o Movimento da Reforma Sanitária, constituído por um processo político participativo que possibilitou o delineamento de novas concepções e tendências de organização do sistema, de serviços e de práticas de saúde (CAMPOS et al., 2006). Já na década de 80, criaram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS), consideradas a base para o surgimento do SUS. Após o movimento

³ Recebeu esse nome em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, serviu de base para a reforma das faculdades de Medicina dos EUA e Canadá (DA ROS, 2009).

pelas diretas, o governo alterou a proposta das AIS e implementou, em 1986, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (DA ROS, 2009).

A conquista da democracia possibilitou, portanto, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual se originou o SUS, uma conquista popular (PAIM, 2007). Implantado a partir da Lei 8.080, de 1990, esse sistema representou um marco na história da saúde no Brasil, especialmente por representar a ampliação do conceito de saúde como “[...] direito de todos e dever do estado” (CAMPOS et al., 2006). Dessa forma, O SUS nasceu como possível estratégia para resolver o problema da dicotomia que permeava a assistência preventiva e curativa, através do cuidado integral à saúde (FONTOURA; MAYER, 2006). Assim, passa a ser regido pelos seguintes princípios organizacionais: equidade, integralidade e universalidade.

Dentre os princípios do SUS, a integralidade é a que menos atenção tem recebido na trajetória do sistema e de suas práticas, desde a sua implantação. Por esse motivo, Antunes e Guedes (2010) consideram-na como um grande desafio para gestores e profissionais da saúde. Numa perspectiva ampliada, ela visa a compreender o ser humano como um ser indissociável, em que os serviços e cuidados oferecidos a este também sejam indissociáveis e regidos por um sistema que tenha como objetivos a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 1990a). De acordo com Antunes e Guedes (2010), esse princípio demanda um cuidado que envolve as diferentes dimensões da pessoa; entretanto, para ser aplicado de modo satisfatório, é preciso que a produção de saberes esteja voltada para essa mesma finalidade.

O acolhimento, o vínculo e a qualidade da atenção são conceitos que estão atrelados à integralidade do cuidado (CAMARGO JÚNIOR, 2008). Sob esse enfoque, acredita-se que o princípio da integralidade foi adotado para diminuir a distância existente entre a teoria e a prática dos profissionais de enfermagem, os quais, embora sejam os que mais tempo estão próximos ao usuário, envolvem-se com atividades de gerência e administração (ANTUNES; GUEDES, 2010).

2.2 Integralidade na ótica de autores de referência

As reflexões e discussões sobre a integralidade apresentam diferentes enfoques e pontos de vista. Acredita-se que essa expressão, há muitas décadas, tenha sido utilizada de forma pouco esclarecedora. Segundo Christófaros (2008), a palavra integralidade provém do verbo integrar, que se originou do Latim *interagir*. Para ele,

Integralidade vem de Inteiro que significa aquilo que não foi tocado, que não foi quebrado. Uma das traduções em que podemos juntar o sentido de inteiro e integralidade é aquela que refere à ação através da qual as partes se formam de um todo e que de alguma forma desaparecem nesse conjunto (CHRISTÓFARO, 2008, p. 3).

De acordo com Merhy (2005, p. 1), a integralidade deve ser vista como “[...] um campo de práticas de saúde cuja ‘alma’ deve ser a produção de novos sentidos para o viver individual e coletivo”. Já para Mattos (2001), o conceito desse princípio está em constante construção e parece ser uma bandeira de luta, repleta de valores que precisam ser defendidos, visando a uma sociedade mais igualitária.

O termo integralidade engloba as seguintes dimensões ou valores: o ser humano e não a doença como centro da atenção; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis de saúde; o tratamento diferenciado para quem está numa situação desigual; a interferência das práticas nas condições gerais de vida da comunidade (FURTADO; TANAKA, 1998).

Nessa perspectiva, para Mattos (2001, p. 61), a integralidade constitui-se numa “[...] recusa ao reducionismo, numa recusa à objetivação dos sujeitos e talvez numa afirmação da abertura para o diálogo”. Para alcançá-la, como um modo ampliado e contextualizado de cuidado em saúde, é necessário, sob esse enfoque, um emaranhado de ações articuladas umas às outras, a fim de compreender a unidade na multidimensionalidade, e vice-versa.

Assim, um dos grandes desafios das políticas embasadas na integralidade é o de conseguir ir além das práticas verticalizadas, assumindo uma atitude de caráter social, em que os diferentes atores estejam envolvidos como protagonistas do processo saúde-doença (MATTOS, 2005; SANTOS et al., 2008).

A fim de reduzir a fragmentação do saber e das práticas em saúde e alcançar o indivíduo nas suas várias dimensões, a interdisciplinaridade e a integralidade são instrumentos que, embora incipientes, constituem-se na dimensão desejada e buscada em um sistema de cuidados em saúde (KOERICH et al., 2009).

Em suma, a temática integralidade pode até ser encarada por muitos como algo inviável, mas várias são as propostas de transformações das práticas e da organização dos serviços que rumam para consolidá-la (MATTOS, 2004a).

2.3 Formação do enfermeiro no Brasil à luz do princípio da integralidade

Durante a década de 20, em virtude das grandes epidemias que assolavam o país, exigiu-se, para a área da saúde, mão de obra especializada. Dessa forma, as ações de enfermagem estavam voltadas principalmente para as questões de saúde pública. Diante desse cenário, nasceu o ensino sistematizado de enfermagem, a fim de que os profissionais fossem habilitados a atuar e garantir o saneamento dos portos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Nesse contexto do Movimento Sanitarista, em 1923, no Rio de Janeiro, foi fundada, por iniciativa do sanitarista e cientista Carlos Chagas (CARVALHO; COELHO, 1992), a primeira Escola de Enfermagem do país, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, denominada Escola de Enfermeiras Ana Néri (TYRRELL, 2003). Tal período foi considerado o marco da enfermagem moderna.

A Escola de Enfermagem Ana Néri guiava-se pelo modelo assistencialista americano, ou seja, pelos padrões nightingaleanos. A regulamentação para o seu funcionamento aconteceu através do Decreto nº. 16.300/23, o qual atendia ao regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, determinando também o currículo a ser seguido, sempre com foco no cuidado integral (BRASIL, 1974).

Cabe ressaltar que, mesmo a Escola sendo criada na década de 20, a expansão desse tipo de instituição só iniciou a partir da década de 30, frente à “[...] realidade social definida, num contexto de acelerados processos de urbanização e industrialização, das quais as políticas educacionais de saúde eram reflexos” (MEDEIROS; MUNARI, 1999, p. 1).

Assim, compreende-se que o contexto histórico da formação dos enfermeiros no Brasil apontava para o uso de metodologias assistencialistas embasadas em abordagens que contemplavam o saber curativo. Todavia, com as constantes modificações da sociedade atual, emergiram questionamentos quanto a essa formação (BACKES et al., 2010). Nesse sentido, especialmente com a criação do SUS, surgiu a necessidade de um novo perfil profissional, capaz de sintonizar-se com um novo modo de produzir saúde. Destarte, buscou-se realizar transformações na formação profissional, para que se oferecesse à população brasileira uma atenção integral e humanizada (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva, em 2001, visando a uma nova Lei de Diretrizes Curriculares, algumas instituições, como a Associação Brasileira da Rede Unida⁴ (Rede Unida), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), buscaram, junto ao Ministério da Saúde, auxílio para que juntos pressionassem o Ministério da Educação (MEC), no sentido de rediscutir a formação dos profissionais de saúde (DA ROS, 2009).

Com a aprovação das novas diretrizes, requer-se do enfermeiro:

[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico, intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, p. 4).

Diante da nova Lei, as instituições de ensino com cursos na área da saúde necessitaram, gradativamente, formar profissionais com esse novo perfil, ou seja, mais críticos, humanistas, resolutivos e capazes de refletir sobre suas ações (REDE UNIDA, 2002). Apesar disso, deve-se entender que existe um distanciamento entre a formação profissional e a prestação dos serviços de saúde, considerado um dos desencadeadores da crise nesse setor. Mesmo que o Brasil tenha uma experiência

⁴ A Rede Unida “Reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social”. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/a-rede>>. Acesso em: 21 abr. 2011.

considerável de aproximação entre a academia e os serviços, ainda há uma distância muito grande do que se preconiza (BRASIL, 2005).

Embora sejam constantes as discussões relacionadas às mudanças imprescindíveis na área da saúde, as Instituições de Ensino Superior (IES) permanecem com suas políticas embasadas, em muitos casos, em modelos centrados na doença e limitadas ao processo de ensino-aprendizagem tradicional (BRASIL, 2004).

Entretanto, nesse processo de transformação, algumas iniciativas merecem destaque, como, por exemplo, o AprenderSUS, programa lançado em 2004 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de nortear os cursos de graduação da área da saúde para a integralidade (BRASIL, 2004). Com a finalidade de estabelecer mudanças na formação, é preciso que as IES direcionem os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos cursos da área da saúde e suas práticas para a integralidade do cuidado (SANTANA, 2007). Nesse sentido, Mattos (2004b, p. 2) destaca que “[...] só se ensina e só se aprende a cuidar cuidando, só se aprende e só se ensina integralidade exercendo-a”. Outra iniciativa importante diz respeito ao programa Pró-Saúde, lançado em 2005 pelos Ministérios da Saúde e da Educação e dirigido às IES que oferecem cursos na área da saúde, visando à aproximação da formação acadêmica com as necessidades da atenção básica (BRASIL, 2007).

Em síntese, há muita discussão envolvendo o princípio da integralidade; entretanto, sua utilização na formação do enfermeiro permanece distante, principalmente quando associada ao cuidado integral (ESPERIDIÃO; MUNARI, 2004).

2.4 Cuidado integral nas práticas de Enfermagem

Mesmo antes de a integralidade ser instituída como princípio do SUS, o cuidado integral no discurso foi, talvez, a base teórica para a sustentação do ser e fazer Enfermagem. Evidenciam-se, nesse processo, as teorias que discorrem acerca das necessidades humanas básicas com o foco no cuidado integral. Dentre as teóricas que abordam esse assunto, destacam-se Virginia Handerson, Dorothea

Orem, Faye Abdellah, Myra Levine, e, em nível nacional, Wanda de Aguiar Horta, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Na perspectiva do cuidado integral, essas teóricas enfatizam a importância de se compreender o ser humano em sua integralidade, isto é, a partir das suas necessidades e singularidades. Para tanto, o cuidado em Enfermagem foi, gradativamente, sistematizado em processos que compreendem as múltiplas relações e interações entre os seus envolvidos. Assim, pela sua identidade profissional, a Enfermagem é conhecida como a profissão que cuida, que proporciona cuidados (BARBOSA, 2009), os quais estiveram historicamente focados na prática hospitalar; entretanto, com a criação do SUS, nasceu também um novo desafio – o cuidado integral à saúde dos indivíduos e da coletividade (BERNARDINO; OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006).

Para Waldow (2004), é na prestação do cuidado que o profissional estabelece um meio de interagir com o outro; porém, o que se observa, na maioria das vezes, é a ocorrência de um afastamento nessa interação. Nesse contexto, há de se destacar que muitas atividades exercidas por profissionais foram substituídas, ao longo do tempo, por máquinas; assim, as outras dimensões do cuidado podem estar ficando distantes das interações. Ainda de acordo com essa concepção, Ferreira e Campos (2009) consideram que, embora os avanços tecnológicos tenham acarretado grandes benefícios no processo de cura de algumas patologias, eles igualmente influenciaram no distanciamento dos profissionais da saúde com os usuários, dificultando o alcance da integralidade.

De acordo com Sousa e Erdmann (2008), a competência técnica do profissional de saúde e o progresso das tecnologias são significantes para a prestação do cuidado. Todavia, somente esses dois aspectos não são suficientes para o cuidado ao ser humano, pois se deve levar em consideração que ele abriga o físico, o mental, o emocional e o espiritual (SILVA, 2009). Para que o cuidado prestado pelos profissionais de Enfermagem seja efetivo e tenha o resultado esperado, deve-se, além do usuário, abarcar a família e aqueles que são significantes nessa ação (ZAMBERLAN; COSTENARO, 2001). É relevante considerar que

[...] no cuidado ao ser humano, torna-se desejável que se perceba as questões técnicas, éticas, estéticas, específicas e multidimensionais do processo de nascer, viver e morrer humano em cada etapa, além de se conceber os princípios e valores importantes que determinam à enfermagem (SANTOS et al., 2007, p. 22).

Com base nos referenciais da integralidade, o cuidado integral pode ser considerado um fenômeno complexo e circular que visa, por meio das relações, a interações e associações, a promover o ser humano como um ser singular e multidimensional (BACKES, 2008). De outro modo, implica enfrentamento das questões pontuais relacionadas à soma das partes, principalmente no que se refere às assimetrias e fragmentações das ações de saúde nos diferentes contextos de atuação profissional (ERDMANN et al., 2009).

Conforme Antunes e Guedes (2010), ao mencionar a integralidade, imediatamente nos reportamos ao cuidado integral, pois o indivíduo, quando busca assistência, não está somente procurando a cura para uma doença, mas um atendimento que objetive o acolher e a atenção integral, com vistas à promoção da saúde. Segundo os mesmos autores, o assistir integral na prestação do cuidado considera as singularidades do ser humano; embora a cura não seja sempre alcançada, o cuidar é sempre possível.

O cuidar envolve não só o ser humano que está sob o cuidado, mas também aqueles que realizam essa ação. Esse ato origina uma vivência multidimensional, pois, através dele, o que está no cerne humano vem a desvelar-se (MACHADO; SCRAMIN, 2005).

Em suma, no campo das práticas de saúde, o enfermeiro ocupa um lugar fundamental e indispensável, devido à promoção do cuidado integral e integrador. Além disso, pela sua capacidade articuladora e integradora, esse profissional apreende e promove o ser humano como um ser integral, buscando interagir com os diferentes setores, e, não raramente, constitui-se elo integrador do cuidado em saúde (BACKES, 2008; BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2009).



CAMINHO METODOLÓGICO

3 CAMINHO METODOLÓGICO

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (Paulo Freire).

3.1 Caracterização

A fim de atender ao objetivo deste trabalho, que visa a compreender o significado de cuidado integral para os docentes e discentes do curso de Enfermagem e como ele vem sendo trabalhado na formação acadêmica, o presente estudo caracteriza-se como descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa implica considerar o sujeito de estudo como um indivíduo em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados, e que o objeto das ciências sociais é complexo e está em constante transformação (MINAYO, 2002).

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a de grupo focal, uma vez que, de acordo com Debus (1997) e Kind (2004), tem caráter interativo e participativo, o que possibilita a obtenção de informações dificilmente alcançadas por meio de outra abordagem. Contudo, ao utilizá-la na pesquisa, é recomendável que se estabeleçam pelo menos duas sessões para cada variável caracterizada como importante para a temática estudada, ou que sejam efetuadas até o tema ter sido amplamente discutido/trabalhado. Para Minayo (2000, p. 129),

O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões de saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população.

De acordo com Debus (1997), é desejável que o número de participantes no grupo focal seja de 6 (seis) a 15 (quinze), podendo-se utilizar também os minigrupos constituídos de 5 (cinco) a 7 (sete) sujeitos. O local ideal para a realização dos encontros dos grupos deve ser cômodo, silencioso e de fácil acesso. Na maioria das vezes, as sessões ocorrem em volta de uma mesa, podendo ser inclusive de maneira casual, para que os sujeitos sintam-se mais à vontade (DEBUS, 1997).

Para Dall'Agnol e Trench (1999), é necessária a escolha de um moderador com habilidade e experiência para administrar o grupo, considerado um facilitador das discussões. Esses autores salientam a importância da presença de um observador, o qual, segundo Kind (2004), auxilia no processo de validação do propósito buscado nos encontros. Além disso, é recomendável que se faça um guia de temas, composto por uma síntese do que se deseja discutir e buscar com a pesquisa, constituindo-se um norteador das sessões (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na sala do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESES), no Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), instituição privada de Ensino Superior localizada na Região Central do Rio Grande do Sul. Esse local foi escolhido por ser um espaço amplo e bem arejado, além de não sofrer a influência de ruídos externos. Localizada no 6º andar do prédio 13 da UNIFRA, a sala foi disponibilizada pela líder do GEPESES e orientadora deste estudo. Nesse espaço, existe uma mesa longa, retangular, com cadeiras estofadas, sendo a acomodação dos participantes.

A estrutura da UNIFRA compreende a Administração Superior, abrangendo o Conselho Universitário, a Reitoria e a Administração Geral, formada pelas pró-reitorias e pelos órgãos a ela vinculados. A UNIFRA mantém em funcionamento 31 cursos de graduação, sendo sete da área da saúde, dentre eles: Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Terapia Ocupacional, Biomedicina e Odontologia.

O curso de Enfermagem da UNIFRA iniciou suas atividades em 31 de abril de 1955, tendo seu PPC organizado a partir do princípio da Instituição:

[...] empenha-se pela valorização da pessoa humana, entendida como um ser em relação com o mundo sociocultural e com seu semelhante, tendo em vista a educação de excelência, para formar profissionais capazes de atuarem na promoção de uma sociedade justa e solidária (CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, PPC ENFERMAGEM, 2008).

A estrutura desse projeto ampara-se nas diretrizes pedagógicas institucionais, nas diretrizes curriculares do MEC e da ABEn. Desse modo, o curso de Enfermagem visa à formação de profissionais comprometidos com o conhecimento e capacitados ao exercício da profissão, a fim de atuarem na melhoria da qualidade de vida, obedecendo aos preceitos da ética e da moral.

O curso é reconhecido pela portaria nº. 205, de 25 de janeiro de 2006, do MEC. Possui uma carga horária de 4.046 horas, divididas em oito semestres, funcionando em horário integral, e corpo docente composto por 33 professores. Anualmente, são oferecidas, por ano, 80 vagas por meio de Vestibular, transferência, reabertura de matrícula ou reopção de curso.

A UNIFRA foi escolhida como cenário da pesquisa por ser a instituição de origem da pesquisadora principal e uma das pioneiras no oferecimento do curso no interior do Rio Grande do Sul.

3.3 Sujeitos do estudo

Em consonância com o preconizado por Debus (1997), os dados foram coletados com sete docentes e seis discentes do curso de Enfermagem da UNIFRA, totalizando 13 participantes.

A seleção dos docentes e discentes ocorreu por meio de um sorteio: os primeiros foram selecionados pelo número de matrícula institucional e os segundos, pela lista de chamada, sendo sorteado um discente por semestre, do 3º ao 8º. Após o sorteio, fez-se o convite formal para todos os selecionados. Cabe ressaltar que um docente, ao obter conhecimento da pesquisa, mostrou-se interessado em participar, mesmo não tendo sido sorteado. Com a aceitação dos sorteados em participar da pesquisa, solicitou-se que fosse assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados entre os meses de dezembro de 2010 e janeiro de 2011, com base nas discussões dos participantes, as quais foram gravadas e transcritas. Nesse processo de coleta, consideraram-se, também, as informações do observador e do moderador. Ressalta-se que a função de moderador foi ocupada pela orientadora, devido à sua experiência na realização de grupos focais, enquanto que a função de observador foi ocupada por uma formanda do curso de Enfermagem da UNIFRA. Coube à pesquisadora principal organizar e coordenar os encontros.

3.5 Constituição das sessões e composição do grupo

Foram efetuadas seis sessões: três com os discentes e três com os docentes. Para ambos os grupos, estabeleceu-se e seguiu-se um guia temático, com base nas seguintes questões: Primeira sessão – O que significa integralidade para você? Segunda sessão – Qual o significado de cuidado integral? Qual o papel da formação na efetivação da integralidade/cuidado integral? Terceira sessão – Em grupo, qual o significado de cuidado integral?

O tempo estipulado para cada sessão foi de, no máximo, uma hora e trinta minutos. No decorrer da apresentação dos resultados, identificaram-se os participantes por codinomes, sendo os discentes por nome de estrelas e os docentes, constelações.⁵

⁵ A ideia de identificar os docentes pelo nome de constelações foi sugerida durante a última sessão por um dos docentes e aceita por todos os outros.

3.6 Dinâmica das sessões

3.6.1 Sessões com os discentes

✓ Primeira sessão

- Objetivo: investigar a compreensão sobre integralidade;
- Abertura (10 minutos): apresentação da pesquisadora, da observadora, do projeto e da técnica do grupo focal; entrega do TCLE;
- Início da dinâmica (20 minutos): registro em folha do que os participantes entendem por integralidade, por meio de escrita, desenho ou qualquer representação considerada pertinente;
- Discussão (30 minutos);
- Intervalo (10 minutos);
- Síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão (20 minutos).

✓ Segunda sessão

- Objetivo: compreender o que os discentes entendem por cuidado integral e qual a relação com a formação do enfermeiro para que exerça esse cuidado integral;
- Abertura (15 minutos): leitura da síntese do encontro anterior;
- Debate (45 minutos);
- Síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão (20 minutos).

✓ Terceira sessão

- Objetivo: construir em grupo o entendimento por cuidado integral;
- Abertura (10 minutos): leitura da síntese do encontro anterior;
- Debate (40 minutos);
- Síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão (25 minutos).

3.6.2 Sessões com os docentes

✓ Primeira sessão

- Objetivo: investigar a compreensão sobre integralidade;
- Abertura (10 minutos): apresentação da pesquisadora, da observadora, do projeto e da técnica do grupo focal; entrega do TCLE;
- Início da dinâmica (20 minutos): registro em folha do que os participantes entendem por integralidade, por meio de escrita, desenho ou qualquer representação considerada pertinente;
- Discussão (30 minutos);
- Intervalo (10 minutos);
- Síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão (20 minutos).

✓ Segunda sessão

- Objetivo: compreender o que entendem por cuidado integral e qual a relação com a formação do enfermeiro para que exerça esse cuidado integral;
- Abertura (10 minutos): leitura da síntese do encontro anterior;
- Discussão (55 minutos);
- Síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão (20 minutos).

✓ Terceira sessão

- Objetivo: construir em grupo o entendimento por cuidado integral;
- Abertura (10 minutos): leitura da síntese do encontro anterior;
- Debate (45 minutos);
- Síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão (20 minutos).

3.7 Análise dos dados

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, na modalidade análise temática, a qual, segundo Minayo (2000, p. 209), “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Ainda de

acordo com a mesma autora, a análise temática constitui-se de três passos: pré-análise, em que é feita uma leitura flutuante nos documentos a serem analisados; exploração do material, que consiste nas etapas de codificação, enumeração, classificação e agregação, em função de regras previamente formuladas; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

3.8 Aspectos éticos

Com o propósito de atender aos critérios éticos, encaminhou-se um ofício para a Coordenação do Curso de Enfermagem da UNIFRA (Apêndice B), a fim de requerer autorização para que a pesquisa fosse efetuada na Instituição, observando as recomendações da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que prescreve a ética em pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996a).

Quanto à análise crítica de riscos e benefícios, foram previstos riscos mínimos, pois, ao integrarem os grupos focais, os participantes poderiam reviver traumas e conflitos já superados, apresentando sentimentos como tristeza. Caso isso ocorresse, colocou-se à disposição dos interessados consulta no Serviço de Psicologia da UNIFRA.

A pesquisadora envolvida responsabilizou-se por todos os procedimentos decorrentes do estudo, mantendo compromisso com sua confidencialidade e anonimato dos participantes. Em relação à explicitação de critérios para interromper ou encerrar a pesquisa, a suspensão poderia ocorrer frente à recusa de participação dos sujeitos, os quais tinham liberdade para comunicar às pesquisadoras sua desistência, em qualquer de suas etapas, seja pessoalmente, por telefone, e-mail ou carta.

Após o estudo, os resultados da pesquisa serão, inicialmente, divulgados na UNFRA, conforme desejo dos participantes, e, a seguir, através de artigos publicados em revistas e participações em eventos, na forma de pôsteres e tema livre.

A pesquisadora não recebeu nenhum tipo de remuneração pela realização da pesquisa, sendo responsável por todos os custos dela decorrentes.

Houve o comprometimento em utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Ressalta-se que não ocorreram conflitos de interesses entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa, aceitando-se as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

Definiu-se que, durante a realização do trabalho, os dados (gravações, informações cadastrais e consentimentos) ficariam sob a guarda da pesquisadora responsável, em sua casa, a fim de que pudesse efetuar a análise e comparação entre eles. Com o término da pesquisa, esses dados serão arquivados em caixa lacrada e mantidos por cinco anos, para que se assegure a validade do estudo. O material ficará armazenado na UNIFRA, em local sigiloso, sob a responsabilidade da pesquisadora principal.

O projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, sob o nº. 140/2010 (Anexo A).

3.9 Apresentação dos resultados das sessões de grupo focal

Inicialmente, serão detalhadas as sessões dos grupos com os docentes e discentes; na sequência, apresentar-se-ão os resultados, com base na análise de conteúdo, modalidade análise temática.

3.9.1 Descrição das sessões do grupo focal

As três sessões com os discentes e as três sessões com os docentes foram desenvolvidas da seguinte forma:

✓ Encontro com os discentes

Na **primeira sessão**, com **seis discentes**, foi realizada a apresentação do moderador e da observadora, além de uma breve explanação sobre a pesquisa, a

metodologia utilizada e seus objetivos. A seguir, entregou-se o TCLE para que os participantes fizessem a leitura e assinassem-no.

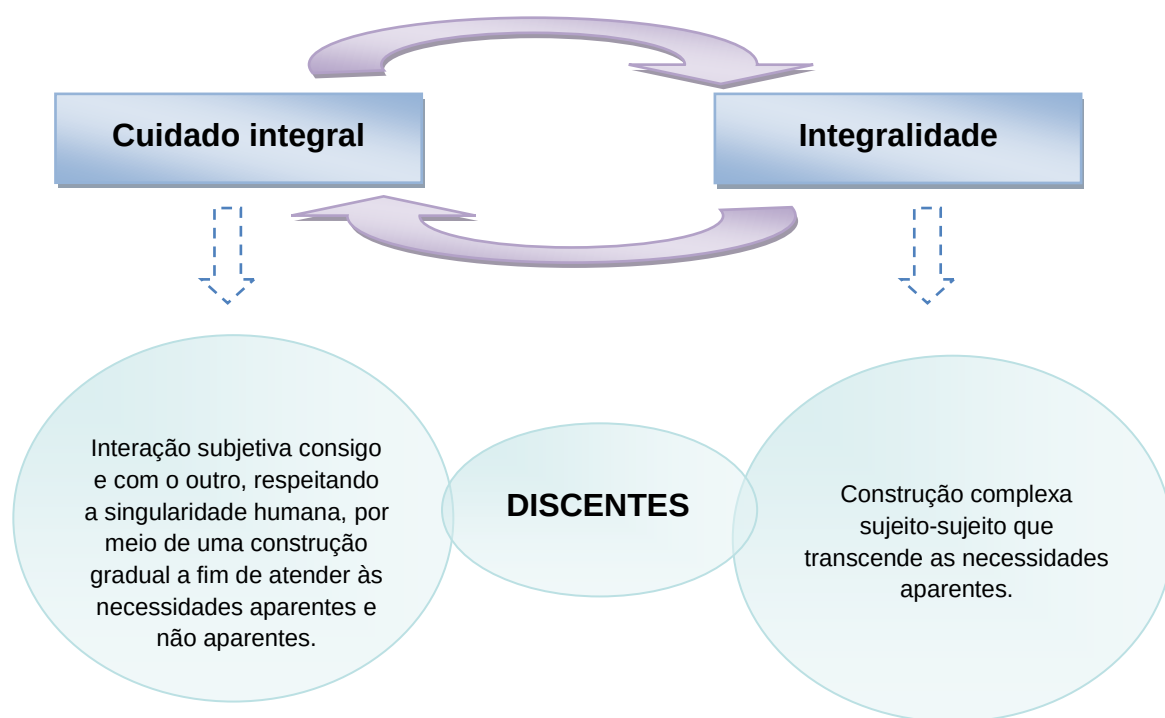
A dinâmica da sessão iniciou com a entrega, a cada um dos discentes, de uma folha tamanho A4, em branco, para que pudessem expressar seu entendimento sobre integralidade. Nessa dinâmica, um participante expressou-se por meio de um desenho; um, da escrita e do desenho; quatro, da escrita (Anexo B).

Nesse processo de discussão e construção do conceito, os integrantes sintetizaram a integralidade como construção complexa sujeito-sujeito que transcende as necessidades aparentes.

Na **segunda sessão**, com **seis discentes**, inicialmente, foi oferecido um bombom, no qual constava a síntese do conceito de integralidade construído no primeiro encontro. A seguir, solicitou-se que os participantes refletissem sobre essa conclusão e, se julgassem conveniente, modificassem-na. Após as discussões, pediu-se aos discentes que relatassem o que entendiam por cuidado integral. Logo, ocorreu uma discussão quanto à formação do enfermeiro para o exercício do cuidado integral. Nesse contexto, o grupo concluiu que cuidado integral é uma interação subjetiva consigo e com o outro, respeitando a singularidade humana por meio de uma construção gradual, a fim de atender às necessidades aparentes e não aparentes.

Na **terceira sessão**, com **seis discentes**, novamente foi fornecida aos participantes uma folha tamanho A4, em branco, e solicitado que, a partir das discussões efetuadas nas sessões anteriores, desenhassem sua compreensão de cuidado integral. Tal folha deveria ser repassada aos demais integrantes, para ser complementada por todos. Após, cada um dos participantes explicou sua construção e o motivo da escolha.

Ressalta-se que, nas três sessões, ofereceu-se lanche para os participantes, durante o intervalo de 10 minutos, em momento oportuno, considerado pelo moderador e observador. Ao término das três sessões, agradeceu-se a todos pela participação, colaboração e enriquecimento da pesquisa, destacando-se a relevância do trabalho para os discentes, docentes, Instituição e sociedade.



Esquema 1: Ideia central de integralidade e cuidado integral extraída das discussões e conclusões dos discentes.

✓ Encontro com os docentes

Na **primeira sessão**, com **sete docentes**, foi realizada a apresentação do moderador e da observadora, além de uma breve explanação sobre a pesquisa, a metodologia utilizada e seus objetivos. A seguir, entregou-se o TCLE para que os participantes fizessem a leitura e assinassem-no. A dinâmica da sessão iniciou com a entrega, a cada um dos docentes, de uma folha tamanho A4, em branco, para que pudessem expressar o seu entendimento sobre integralidade. Nessa dinâmica, um participante expressou-se por meio de desenho; um, de maneira lúdica; quatro, de desenho e escrita (Anexo C). Um dos participantes não participou dessa atividade inicial, pois se inseriu no grupo no momento em que os outros já estavam discutindo. Após a dinâmica, cada um apresentou a metodologia utilizada, e a discussão sobre a temática continuou.

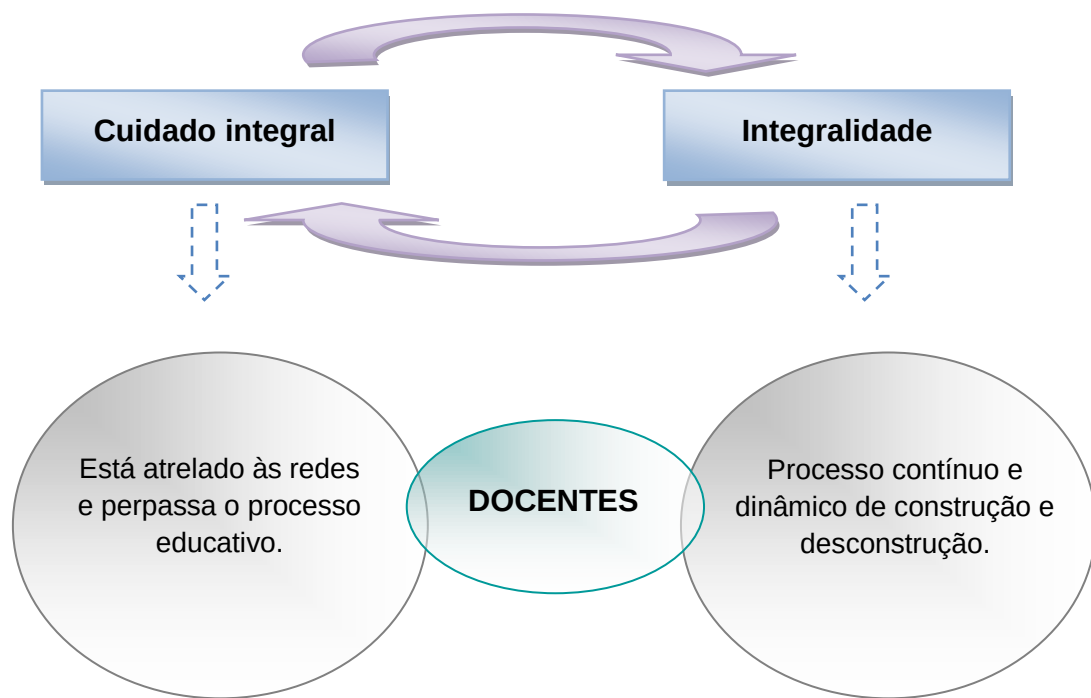
Nesse processo de discussão e construção do conceito, os integrantes sintetizaram a integralidade como um processo contínuo de construção e desconstrução.

Na **segunda sessão**, com **seis docentes**, já que um não pôde participar, inicialmente, foi entregue um envelope contendo uma mensagem de reflexão e a síntese do conceito de integralidade construída no primeiro encontro. Logo, solicitou-se que os participantes refletissem sobre essa conclusão e, se julgassem conveniente, modificassem-na. Por conseguinte, pediu-se aos docentes que expressassem seu entendimento por cuidado integral. A seguir, ocorreu uma discussão envolvendo a formação do enfermeiro para o exercício do cuidado integral. O grupo concluiu, então, que o cuidado integral está atrelado às redes e perpassa o processo educativo.

Na **terceira sessão**, com **seis docentes**, já que um justificou sua ausência, novamente foi fornecida aos participantes uma folha tamanho A4, em branco, e solicitado que, a partir das discussões efetuadas nas sessões anteriores, desenhassem sua compreensão de cuidado integral. Tal folha deveria ser repassada aos demais integrantes, para ser complementada por todos. Após, cada um dos docentes explicou sua construção e o motivo da escolha. Destaca-se que dois participantes não realizaram essas atividades: um porque não compareceu durante toda sessão, justificando sua ausência, como já citado anteriormente; outro porque teve de se ausentar antes do término.

Como essa foi a última sessão, os participantes questionaram o modo como suas falas seriam identificadas durante a apresentação dos dados. Como não havia decisão, um deles sugeriu que a identificação ocorresse através de nomes flores, mas alguns não concordaram; outro, por meio de pedras preciosas, mas também não houve unanimidade. Por fim, um docente sugeriu que todos fossem identificados pelo nome de constelações, ideia compartilhada pelos demais.

Ressalta-se que, nas três sessões, ofereceu-se lanche para os participantes, durante o intervalo de 10 minutos, em momento oportuno, considerado pelo moderador e observador. Ao término das três sessões, agradeceu-se a todos pela participação, colaboração e enriquecimento da pesquisa, destacando-se a relevância do trabalho para os discentes, docentes, Instituição e sociedade.



Esquema 2: Ideia central de integralidade e cuidado integral extraída a partir das discussões dos docentes.

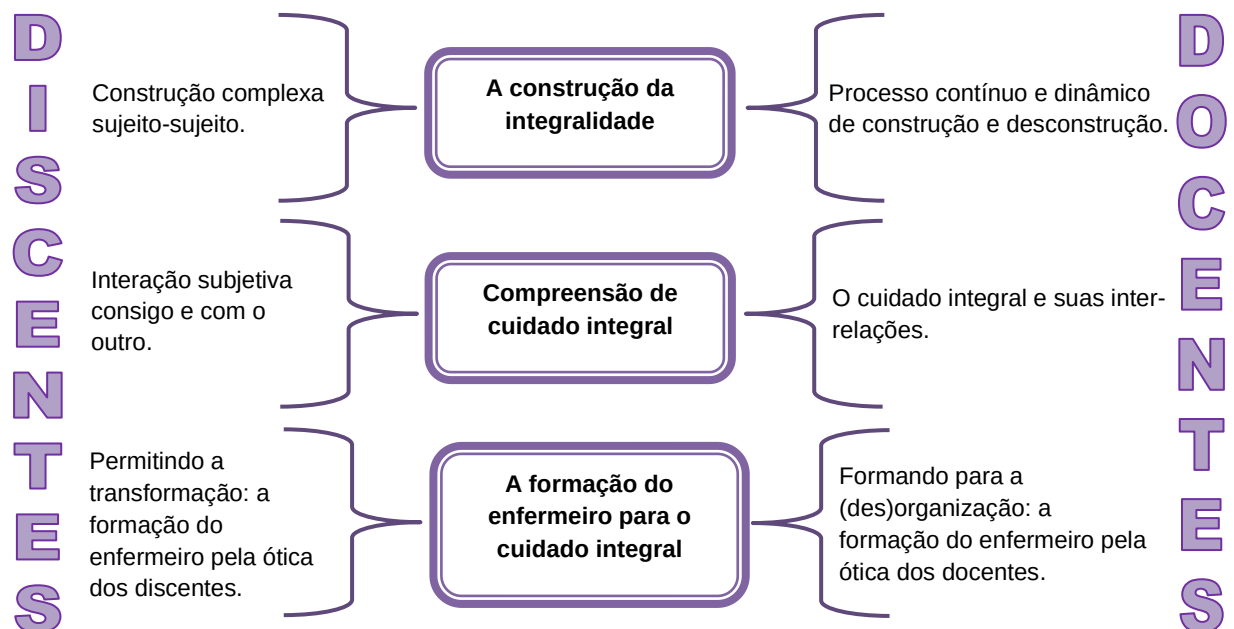


RESULTADOS

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

“Não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes” (Paulo Freire).

A análise dos dados possibilitou a construção dos seguintes temas: construção de integralidade, compreensão de cuidado integral e formação do enfermeiro para o cuidado integral, com seus subtemas, conforme pode ser evidenciado no Esquema 3.



Esquema 3: Temas e subtemas emergidos pela análise dos dados.

4.1 Construção da integralidade

A partir das falas dos participantes, pode-se concluir que a integralidade apresenta-se como um tema em construção, ou seja, um processo dinâmico, flexível, passível de novas reformulações, com base em vivências e construções dos próprios sujeitos. A seguir, são apresentados os subtemas que detalham esse grande tema.

4.1.1 Construção complexa sujeito-sujeito

Para os discentes de Enfermagem, a integralidade não possui um conceito pronto, uma vez que sua construção ocorre de modo dinâmico, de sujeito para sujeito, respeitando as diferenças e as concepções de cada um. Além disso, ela envolve um conjunto de ações e atitudes que interagem com todos os sistemas, devendo ser isenta de preconceitos e carecendo de uma visão ampliada. Acreditam que essa temática deve ser discutida e aprofundada, a fim de contribuir para os diferentes cenários da saúde.

Integralidade define-se como sendo o conjunto de ações e atitudes realizadas em prol de um todo, abrangendo todos os sistemas [...]. Acredito que o real sentido ou conceito de integralidade deve ser estudado e desvelado, a fim de que essa ação integral venha a contribuir cada vez mais no sistema vigente, na atualidade que anseia tanto por um novo olhar [...] (Canopus).

A integralidade vai além das necessidades visíveis; consiste em enxergar o amplo sem deixar de perceber o detalhe; ver o todo a fim de evitar a fragmentação do cuidado; escutar, dar um abraço e um sorriso, ou seja, perceber as necessidades ocultas, aquilo que realmente o indivíduo está buscando. É um processo a ser desvendado, a partir das dimensões do ser humano.

Para mim, integralidade é uma grande abrangência e uma grande amplitude, mas, ao mesmo tempo, tem uma grande riqueza de detalhes, observação de particularidades (Arcturus).

Integralidade é essa necessidade do todo, de tu perceberes não o fragmentado, mas tu consegues enxergar além do que os outros conseguem perceber [...]. Quando tu falas em integralidade, precisa ter um olhar diferenciado frente àquele ser, observar suas necessidades, o que ele está querendo dizer por traz daquela mão, daquele olhar, o que o meio que está ao redor dele pode influenciar [...] (Sírio).

Num primeiro momento, os discentes falavam de integralidade como uma necessidade do indivíduo; todavia, durante as discussões, iniciaram um processo de reflexão quanto às palavras utilizadas em suas problematizações, questionando se elas realmente expressavam aquilo que desejavam transmitir. Assim, entenderam que a integralidade não é somente perceber as necessidades do ser humano, as quais, para eles, representam algo imediato – o que o indivíduo precisa num

determinado momento, mas também o que se pode proporcionar além do que é buscado. Por isso, consideram-na uma construção complexa que transcende as necessidades momentâneas.

Eu acho que quando falamos em necessidade, pensamos assim: pelo menos, o conceito de necessidade é o imediato, o que aquela pessoa acredita que precisa naquele momento. E eu acho que não é só o que ela acredita, eu acho que é além do que acredita que precisa (Sírio).

Para os participantes, a integralidade não foi alcançada. A fim de obtê-la, devem acontecer mudanças de atitude e adoção de estratégias por parte do profissional, como: inserir-se no sistema para, depois, ver o outro; colocar-se não no lugar do outro, mas com o outro; visualizar as necessidades dos indivíduos, o que eles realmente estão buscando; dialogar para encontrar meios e métodos que possam intervir no contato; conhecer e perceber o indivíduo e as pessoas que estão com ele; não chegar com conceitos prontos, mas observar primeiro para, depois, criar estratégias de como agir junto, visando ao viver saudável.

Eu acho que o diálogo também faz parte da integralidade; o diálogo com o paciente ou com outra pessoa. Então, estar juntos para discutir meios e métodos que possam intervir no contato (Spica).

Na concepção dos discentes, para haver a integralidade, é primordial entender que os indivíduos são seres de potencialidades, têm os seus próprios sonhos, o que deve ser considerado no ato de cuidar. Acreditam, inclusive, ser de extrema importância ultrapassar o modelo biomédico de saúde, o qual visa à doença e não ao ser que a abriga.

É visualizar o indivíduo como um ser de potencialidades e sonhos; é observar, em todas as direções, o cuidado junto às perspectivas de cada ser. Não é só a gente visualizar o indivíduo ou a doença que o acomete, mas ele pode ser um indivíduo saudável se oferecermos um cuidado que possa atender às necessidades que ele precisa (Hadar).

Os discentes ainda refletiram sobre a importância de se trabalhar com as equipes multidisciplinares. Um dos participantes acredita, entretanto, que não é através do multidisciplinar que se alcança a integralidade, mas sim do transdisciplinar. Nesse sentido, o transdisciplinar envolve a discussão conjunta entre os profissionais da saúde, na busca de estratégias e soluções de problemas,

tentando evitar a atribuição de funções fragmentadas, em que cada um faz uma parte e não dialoga com o todo.

Na verdade, eu acho que nem é tanto o multi como o transdisciplinar que é mais importante [...]. Acredito que a integralidade no trans que se consegue é no momento que esses profissionais sentam juntos, discutem e têm estratégias conjuntas; que não é só aquela discussão – tu vais fazer isso, agora tu vais fazer isso. São estratégias conjuntas para conseguir integralidade (Sírio).

Os participantes observaram a integralidade como um princípio do SUS, destacando a percepção de que o sistema não está sendo realmente efetivo nas suas atribuições. Nesse contexto, inclui-se a necessidade de compreender a pessoa na sua totalidade, como um sujeito e não como um objeto, além da garantia do diálogo e da escuta sem julgamentos.

4.1.2 Processo contínuo e dinâmico de construção e desconstrução

Para os docentes de Enfermagem, a integralidade tem de ser construída, pois parece ser uma utopia. Segundo eles, há um longo caminho a percorrer, que depende de uma rede de cuidados e do olhar sobre ela. Ainda, a integralidade é um princípio que concebe o sujeito nas suas várias dimensões, o qual sofre interferências de diferentes entradas e saídas que caracterizam sua complexidade. Nessa direção, as falas dos docentes aproximam-se das dos discentes, ao mencionarem que a integralidade não é um conceito estático.

Integralidade constitui-se no princípio de conceber o sujeito em suas dimensões pessoal, político, social, espiritual, ético, considerando-se, para isso, uma organização dos serviços de saúde (Columbo).

A integralidade é encarada como um processo que precisa de um despertar e de uma conscientização, envolvendo uma postura ética e o compromisso com o ser humano em suas diferentes dimensões. Além disso, é um princípio do SUS e uma diretriz curricular que, para sua efetivação, tem de ser vivenciada no ensino.

É uma garantia do diálogo entre sujeitos ao promoverem a saúde. A sustentação para que ela ocorra centra-se na conscientização das pessoas, já que requer compromisso e ética em prol de um cuidado particular e singular. É também um princípio do SUS, sendo necessária a sua vivência no ensino [...] para a sua efetividade. Mas ela não é só do SUS, também é uma Diretriz Curricular na formação (Aquila).

Os docentes comparam a integralidade a uma teia que une e direciona os sentidos essenciais do indivíduo, com vários momentos e concepções, além de ser a garantia do diálogo e da percepção das necessidades do ser humano. Ela envolve as regionalidades e os princípios da universalidade e da equidade. Percebe-se que essas ideias encontram-se também nas falas dos discentes, na medida em que destacam o diálogo e a percepção das necessidades como elementos a serem considerados na compreensão da integralidade.

Integralidade, a meu ver, é bastante complexa, espécie de teia que une e direciona os sentidos essenciais do indivíduo, ou seja, contempla as necessidades humanas básicas inseridas no contexto ambiental desse indivíduo, bem como o aspecto familiar, social, profissional, religioso. É o todo e o único (Sagitta).

Um dos docentes, entretanto, questionou o fato de a integralidade envolver as regionalidades; para ele, a questão vai mais além. Na sua visão, quando tal fator é considerado, as pessoas oriundas de outras regiões não conseguem uma integralidade, visto que compreender as multidimensões do ser humano é mais complexo do que as próprias questões de regionalidades.

Tu vais olhar as regionalidades, enfim, eu considero isso também, mas um nordestino se muda para o Rio Grande do Sul e já não consegue ter integralidade aqui, então [...] é a questão de tu respeitares também e compreenderes essa complexidade do indivíduo. [...] é isso que eu acho mais importante, por exemplo, vem uma pessoa diferente, aí eu já me embanano toda (Sculptor).

A integralidade pode ser encarada como um contínuo processo de construção e desconstrução, além de representar a transformação da consciência de um indivíduo, de alguém que passa a ser autônomo e agente ativo no processo. No entanto, ela não consiste em uma ação pontual de um sujeito sobre o outro, mas em uma interação de um composto de outros sistemas, como a família, a escola, a organização dos serviços, que devem estar interligados para formarem o todo, podendo ser ampliados de acordo com a percepção da realidade. A integralidade é

conhecer o outro, trocar, dividir e vivenciar experiências; é colocar-se, muitas vezes, com o outro.

A integralidade [...] tem vários momentos e várias concepções, depende do meu olhar [...]. Nós vamos estar sempre percorrendo, e aí [...] vem a grande questão, porque, além do indivíduo, nós temos a família e nós temos um contexto social que nos envolve desde o cuidado, também na organização do serviço (Orion).

O indivíduo que busca a integralidade [...] é único, antes de qualquer coisa; assim como o local, uma unidade [...] é única e diferente da outra [...]. Não precisa ser somente o indivíduo, mas um objeto de estudo por si só [...] é único. Então, ele é único, é fechado, porque eu não conheço ainda, eu tenho que explorar [...]. Mas, ao mesmo tempo, eu tenho que talvez estar ao nível de... Em outras coisas, eu vou ter que dividir com ele e outras coisas, eu vou ter que trazer o novo; outras, eu vou só receber. Isso para mim é integralidade (Grus).

Os docentes acreditam que, para alcançar a integralidade, é importante integrar equipes e desenvolver espaços de discussão nos serviços de saúde e na academia. Destacam que ela tem de ser vivenciada no ensino, para, posteriormente, desenvolver-se no ser e fazer profissional. Os participantes ressaltam que já está acontecendo uma discreta mudança em relação à abordagem dessa temática; todavia, é preciso muito mais, não somente por parte dos governos, mas também por parte dos profissionais atuantes nos diversos cenários, os quais necessitam de uma conscientização.

Eu percebo que as três partes do governo vêm tentando buscar que um trabalhe com o outro, que cheguem às medidas, que busque essa união. E nós aqui, na base, como estamos trabalhando? Nós estamos trabalhando junto com o Ministério da Saúde, com o estado e o município? (Grus).

Em contrapartida, um dos docentes acredita que não é uma questão de conscientização, afirmando que a busca pela integralidade perpassa questões políticas e disputas de poder ainda muito presentes nos cenários em que atuam os profissionais da saúde, influenciando, assim, nas suas ações e no alcance da integralidade.

[...] eu tentei, sonhei em fazer isso, mas aí eu recebi uma advertência: – Fica quieta no teu canto, porque estão precisando de enfermeira lá em tal unidade. Eu recebi lá no meu serviço. Tu estás incomodando algo que está acomodado a tempo (Sagitta).

Na compreensão de um dos docentes, para que exista integralidade, é imprescindível estimular o controle social com civilidade.

Dar poder para esse povo, porque a hora que ele tiver poder, [...] vai entrar junto nesse conceito de integralidade. Eu estou pensando integralidade, mas eu fico aqui divagando para quem? Para esse indivíduo que precisa participar ativamente [...]. Controle social enquanto não funcionar, eu não vou chegar nem perto da integralidade (Sculptor).

4.2 Compreensão de cuidado integral

Ao discutirem o cuidado integral, os participantes reportaram-se, automaticamente, à integralidade. Do seu ponto de vista, ambos possuem o mesmo significado, ou seja, não acontecem apenas por ação de um sujeito, mas dependem de uma rede de cuidados que deve ir além das necessidades visíveis. A seguir, são apresentados os subtemas que detalham esse grande tema.

4.2.1 Interação subjetiva consigo e com o outro

Na primeira sessão, ao abordarem o tema integralidade, os discentes já faziam referência ao cuidado integral, o qual também é visto como uma relação sujeito-sujeito.

Eu penso que, na primeira sessão, quando nós falamos de integralidade, a gente já abordou a questão do cuidado integral; o tempo todo a gente abordou o que é o cuidado, o que é o cuidado integral. Quando a gente formulou como uma construção complexa sujeito-sujeito, o cuidado é sujeito-sujeito. Tem que ser para ti, para mim, para formular uma questão de integralidade de cuidado (Prócion).

O cuidado integral deve ser prestado na relação sujeito-sujeito, transcendendo as necessidades aparentes, já que, muitas vezes, o ser humano busca ajuda a partir de uma necessidade momentânea. É nessa ocasião que o profissional deve tentar estabelecer os vínculos indispensáveis para prestar o cuidado integral.

Muitas vezes, o cuidado primeiro [...] vai pela necessidade. Tu vais até a pessoa pela necessidade que ela apresenta, e a partir dali tu podes agir, transcender essas necessidades que aparecerem. [...] aí tu vais conseguir exercer o cuidado integral. No momento que tu consegues essa diferença, transcender, acho que é bem isso (Sírio).

Pensar sobre cuidado integral implica ver o ser humano como um ser singular e único, que precisa ter a sua subjetividade trabalhada e a sua essência respeitada. Esse tipo de atendimento é simples, mas grandioso; é uma construção diária ocorrida a partir de momentos, numa troca de cuidados, que, para acontecer de modo satisfatório, exige o conhecimento do outro.

A gente trabalha muito com a subjetividade, que é transcender aquilo que a gente está vendo, que são as necessidades do indivíduo. Para mim, cuidado integral fala bastante com a subjetividade de cada pessoa (Hadar).

É uma construção, não se dá numa primeira visita, num primeiro contato. Isso deve ser entendido: que o cuidado integral não se dá num momento só, ele é uma construção de momentos, enfim, de conhecimento, de conhecer o outro [...]. Ele é tão simples, como [...] é muito grandioso [...]. Eu preciso conhecer a tua integralidade para poder prestar esse cuidado integral (Canopus).

Na visão de um dos discentes, o cuidado integral pode ser comparado a uma relação de cuidado de pai para filho, por compreender a construção de uma relação abrangente, com amplo envolvimento de ambos. Essa situação, segundo o participante, tem de acontecer na interação do cuidado integral.

Acho que nada melhor para mim que traduzi o cuidado integral como o cuidado de pai para filho, que é aquela relação onde ocorre uma construção. Não tem como não haver uma interação [...], a gente ter que se adaptar e tem que pensar em todas as fases do desenvolvimento da criança [...]. Então, é a melhor forma de traduzir o cuidado integral, aquele de pai para filho (Arcturus).

Inicialmente, os discentes fizeram uma síntese, em grupo, sobre o que entendiam por cuidado integral. Nesse sentido, consideraram-no como uma inter-relação sujeito-sujeito, a fim de atender às necessidades aparentes e não aparentes, respeitando a singularidade humana, através de uma construção gradual. Entretanto, os participantes começaram a questionar alguns termos e expressões utilizados nas discussões, assim como o sentido em que vinham sendo empregados.

Eu penso, porque colocar essa inter-relação antes [...]. Eu acho que o cuidado, antes de ser uma construção, [...] é uma inter-relação [...]. O cuidado [...] não se constrói do nada, entendeu. É uma inter-relação sujeito-sujeito, onde a gente faz todo esse respeito, e a partir disso que se constrói (Sírio).

Da mesma forma, discutiu-se como esse cuidado integral poderia ser oferecido não somente na teoria, mas também na prática. Primeiramente, o grupo concordou que é preciso existir uma construção e uma desconstrução dos sujeitos, do ambiente de saber, das trocas de conhecimento, possibilitando, então, constantes transformações.

Construção e desconstrução do sujeito, do ambiente, de saber, de troca de conhecimento [...], possibilitando sempre a mudança (Sírio).

Outro participante refletiu sobre a questão do desconstruir, abordando que a desconstrução pode ser compreendida como chegar num indivíduo e retirar aquilo que ele possui; por isso, sugeriu-se trocar essa palavra por reconstrução. Nessa direção, os integrantes realizaram uma ampla discussão sobre o significado de construir, desconstruir e reconstruir.

É a reconstrução que está construindo o que era antes, construindo em cima daquilo que já era, uma construção mesmo, que tu estás aumentando. Uma reconstrução, tu agrega (Canopus).

No entanto, um discente argumentou que, para ele, é essencial desconstruir para poder construir outra concepção, pois, ao reconstruir a partir daquilo que já existe dentro de cada ser, surgirão ideias internas contraditórias. Assim, os integrantes do grupo sugeriram a utilização dos três termos, tendo em vista a importância de cada um na sua relação com o cuidado integral.

É, mas eu acho que, por exemplo, vamos supor que tu tenhas certo tipo de preconceito [...]. Desconstruir, eu acho que é isso, acho que tu tens que não falar do outro, mas de ti mesmo; assim, muitas vezes, tu tens que te desconstruir para poder construir [...]. Eu colocaria os três, construção, desconstrução e reconstrução, porque essas palavras têm significados importantes, pois tu tens que ter uma desconstrução de conceitos, sabe. Porque tu constróis, tu destróis, tu reconstróis todo esse processo e fica mais claro quando têm essas três etapas (Sírio).

Após reflexão conjunta, concluiu-se que o cuidado integral é uma interação subjetiva consigo e com o outro, respeitando a singularidade humana, por meio de

uma construção gradual, a fim de atender às necessidades aparentes e não aparentes.

A seguir (Figura 1), o cuidado integral representado de forma gráfica por todos os discentes.

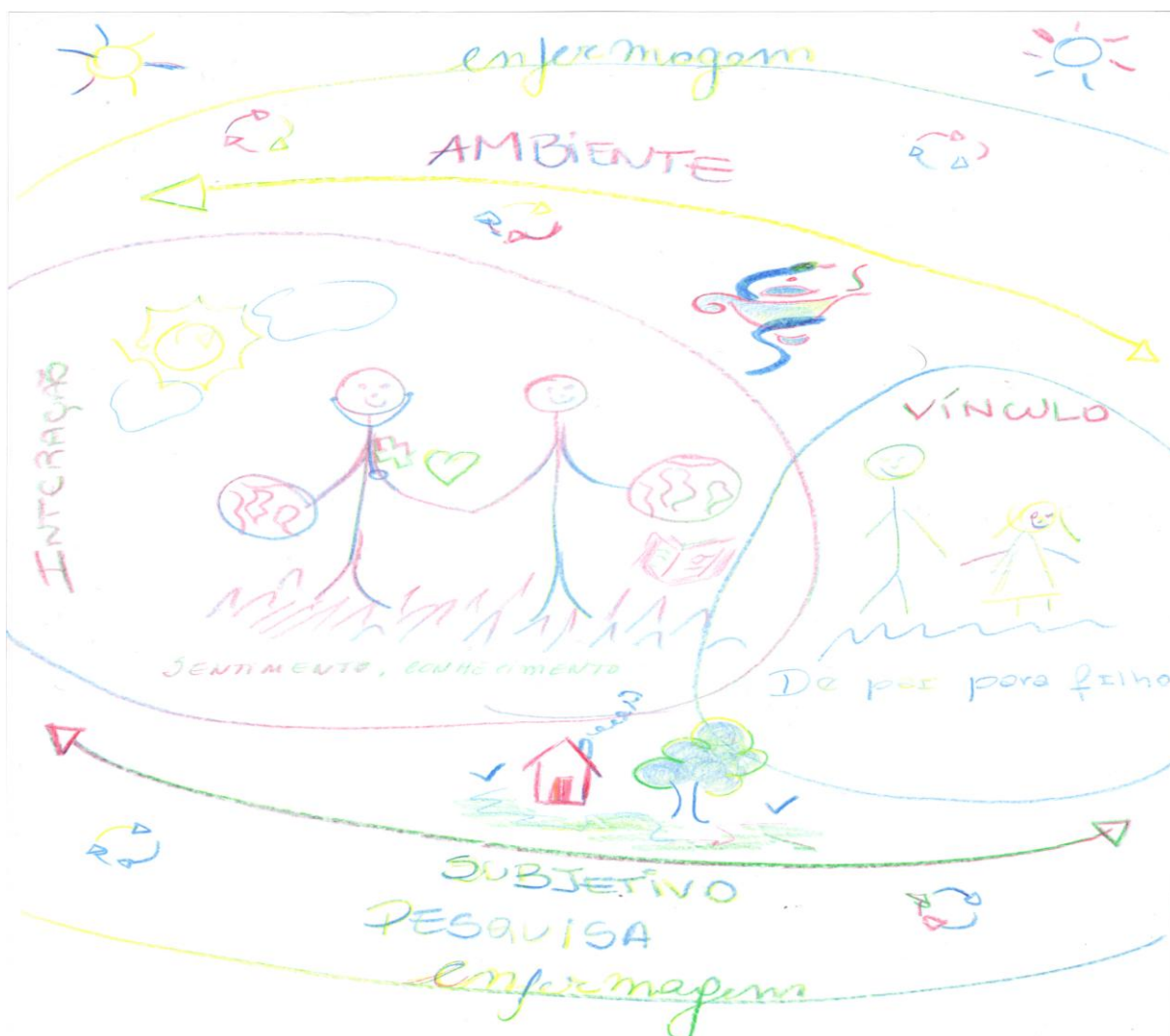


Figura 1: Ilustração da concepção de cuidado integral elaborada pelos discentes de Enfermagem da UNIFRA.

4.2.2 Cuidado integral e suas inter-relações

Da mesma forma que os discentes, os docentes reconhecem que o cuidado integral depende de uma rede de ações e precisa ser instigado desde a formação acadêmica, porque o ser humano é multidimensional; por isso, necessita de diferentes olhares profissionais.

[...] hoje eu posso dar conta de um cuidado integral, mas questão de segundos a necessidade daquele mesmo indivíduo eu não vou dar conta naquele serviço. Então, eu dependendo de uma rede de cuidados, e aí que entra o grande desafio e o nó crítico (Orion).

Para que o cuidado integral de fato ocorra, é indispensável o envolvimento de, pelo menos, três partes: o professor, o acadêmico e o sujeito que receberá o cuidado. Do mesmo modo, é primordial desconstruir as práticas lineares, focadas na técnica, mudança que exige o diálogo, a conscientização, a cumplicidade, constituindo-se num grande desafio, pois trabalha com culturas, valores e transcende o processo educativo.

É envolvendo, considerando a tríade, o professor, o acadêmico e o ser que vai receber esse cuidado. A partir da consciência dele, do desejo dele pelo outro, por aquele que aprende e por aquele que ensina. E daí que vem aquela relação do serviço. Para isso, eu tenho que ter diálogo com as minhas colegas do serviço, com todos os demais profissionais envolvidos (Aquila).

Na percepção dos docentes, quando se almeja um cuidado integral, é de extrema importância a inserção da comunidade nesse processo. Um dos modos pelo qual acreditam que isso possa se concretizar é concedendo autonomia e poder para que as comunidades pensem, criem e desenvolvam estratégias em conjunto com as equipes de saúde.

Eu posso ter esse saber, posso discutir muito bem com a minha equipe, eu sei tudo. [...] eu vou fazer isso, como eu nunca pensei nisso. Uma coisa tão simples, eu vou resolver o problema do mundo, mas eu não ensino esse povo, eu não insiro o povo nessa discussão, não dá certo! (Sculptor).

O processo rumo ao cuidado integral exige sensibilidade dos profissionais, além de um despertar, um desorganizar, um deslocar de pensamento; exige que se ultrapassasse a questão do assistencialismo. Também, torna-se imprescindível saber agir em diferentes situações e contextos, compreendendo o valor que cada ser humano atribui às suas vivências.

Uma família que eu e os alunos adotamos⁶ [...] tiraram as crianças do quarto e deram para o porco morar [...]. [o participante perguntou] Mas não

⁶ Projeto de ensino, pesquisa e extensão desenvolvido com discentes do 3º semestre de Enfermagem, a partir da disciplina de Teorias de Enfermagem e Desenvolvimento Profissional III, do Curso de Enfermagem da UNIFRA.

é mais fácil comprar a carne [do] que vocês criarem esse porco? Não, minha filha, a gente gosta de se envolver com o bichinho. O porco era de estimação e eu querendo que ela matasse o porco. Saiu aquilo automático. Então, essa questão de valor [...] (Aquila).

Ainda, os participantes entendem que, para o cuidado integral acontecer, é importante sair do senso comum e motivar as equipes atuantes de forma direta nesse processo.

Eu fui trabalhar numa unidade de saúde no meu primeiro mês de formada. [...] eu cheguei lá e observei que a equipe que trabalhava, desde os assistentes, o pessoal da higienização, [todos] estavam muito desmotivados, muito tristes. E eu comecei a fazer um trabalho de motivação com eles, então, eu levava apresentações, fazia comentários toda semana; depois, passei a fazer mensalmente. [...] como eles gostaram e como eu observei a diferença do atendimento deles com os pacientes que vinham até a unidade [...] (Draco).

A seguir (Figura 2), o cuidado integral representado de forma gráfica por todos os docentes.



Figura 2: Ilustração da concepção de cuidado integral elaborada pelos docentes de Enfermagem da UNIFRA.

4.3 Formação do enfermeiro para o cuidado integral

Através das falas dos participantes, foi possível perceber que consideram a formação um dos principais meios de transformação nas questões de saúde. Ressaltam a existência de discussões, tanto dos discentes quanto dos docentes, sobre a real importância que cada um possui no processo de formação. A seguir, são apresentados os subtemas que detalham esse grande tema.

4.3.1 Permitindo a transformação: a formação do enfermeiro pela ótica dos discentes

Os discentes de Enfermagem visualizam a universidade como um local de constante aprendizado, uma fonte de alimento do saber, onde se constrói a base do ser e fazer profissional. Ressaltam ainda que é preciso uma transformação no processo de formação; mudanças que ultrapassem o modelo tradicional de ensino-aprendizagem.

A gente está fazendo nossa base na universidade; eu acho que a base vem daqui. Porque a gente sabe que aqui a gente está bem quente. Queremos cada vez mais, só que depois que tu te formas, vai esfriando e não buscas mais, poucos buscam. Então, a gente tem que ter essa base aqui. Aqui é nosso alimento, sabe, é nossa fonte de alimento (Canopus).

Os participantes atribuem ao docente a responsabilidade de permitir que a transformação aconteça, conduzindo as aulas de uma maneira aberta; veem-no como um modelo ou guia para a realização de suas ações, como a chave que une os saberes; consideram-no essencial, já que os direciona para a construção do conhecimento.

O professor tem que permitir a transformação porque às vezes o aluno fala alguma coisa e aquilo acaba por destruir um monte de conceitos que o professor tem, só que o professor não pode simplesmente dizer “não é assim fulaninho”. O professor tem que [...] repensar sobre aquilo, refletir para poder passar, porque eu acho que o aluno tem o professor como um norte, uma direção, onde tu te espelhas e acreditas que aquela pessoa que vem tem uma certa verdade. O professor tem que ter bem consciente seu papel, que [é] ele quem transforma os diferentes conhecimentos e consegue integrar isso. E aqui a gente fala em integralidade (Sírio).

Na visão dos discentes, o que é ensinado em sala de aula, no que se refere ao cuidado integral, deve ser visto também nas atividades práticas. Sabe-se que existe um perfil intrínseco em cada um dos estudantes de Enfermagem, mas, mesmo assim, durante a formação, todo acadêmico deve ser instigado, fomentado, para que amplie seus conhecimentos e sua visão de mundo, pois, muitas vezes, são despertados sentimentos dos quais nem mesmo ele conhecia.

Eu entrei para fazer Enfermagem porque eu queria trabalhar no hospital, eu não tinha essa visão. Eu acho assim, claro que existe o perfil, mas eu acho que essa fomentação, esse instigar o aluno desperta coisas que nem ele sabia que [...] queria, por isso é importante (Canopus).

Os participantes acreditam que a sua profissão terá maior credibilidade através do conhecimento, pois percebem a Enfermagem como uma ocupação submissa, que só pode atuar frente a uma prescrição médica.

[...] tu só vais conseguir atuar dessa forma se tu demonstrares conhecimento, enquanto que a gente deveria chegar ao hospital e agir livremente (Arcturus).

Ainda, destacam a importância da formação do enfermeiro, porque acreditam que ele dissemina o cuidado integral, por estar está mais próximo ao usuário, entendendo seu contexto e suas reais necessidades. Esse profissional é percebido como um integrador de sistemas e sujeitos, um mediador do processo, o responsável por transmitir conhecimento entre os indivíduos, um possibilitador das inter-relações. Os participantes afirmam que o enfermeiro deve ser conhecedor dos diferentes saberes, ser generalista.

O enfermeiro tem que ter informação suficiente para conseguir integrar todos os sistemas e toda a equipe multidisciplinar do cuidado; então, ele tem que ser generalista, tem que conhecer um pouquinho de cada um para propiciar a integração, porque senão seria o mesmo que acontece com o perfil de vários cursos que são muito especializados na sua área, mas não conseguem fazer a relação com outro curso, com outra realidade (Arcturus).

Para os discentes, o docente tem de ter plena consciência dos motivos pelos quais e para que está formando. Ao mesmo tempo, os futuros enfermeiros devem entender o seu papel, questionando-se acerca do tipo de profissional que desejam ser e da sua importância ao atuarem na sociedade. Concordam, igualmente, que

precisam sempre buscar mais informações e saberes além do transmitido em sala de aula e que ambos – docentes e discentes – devem ser, ao mesmo tempo, questionadores e questionados.

[...] eu acho que os docentes têm que ter plena consciência da formação e para que eles estão formando. Não é que eu pense que tenha que puxar mais, mas o aluno tem que se sentir mais, como eu posso falar, ele tem que entender o papel dele, o para que ele vai sair daqui [...] (Sírio).

Os discentes reconhecem que na Instituição onde estudam já estão acontecendo transformações no processo de formação; porém, não sabem se o mesmo ocorre em outras instituições.

4.3.2 Formando para a (des)organização: a formação do enfermeiro pela ótica dos docentes

Para os docentes, os serviços de saúde não estão organizados para promoverem o cuidado integral, tendo em vista que continuam permeados pela visão clientelista, ou seja, espera-se que o usuário busque assistência. Contudo, acreditam numa transformação com início já no ensino, mesmo que, na sua concepção, seja um grande desafio, pois necessitariam refletir sobre o modo de trabalhar durante a formação, para que o discente também reflita sobre suas ações.

Os serviços ainda estão na visão clientelista, esperando que o paciente venha buscar a assistência (Grus).

Segundo os docentes, o processo de aprendizagem não é estanque, e eles não têm todas as respostas prontas, moldadas, já que o cotidiano e as vivências são bastante ricos e cada discente é único. Por isso, acreditam que deve haver, no processo de formação, um espaço para se discutir, ouvir e refletir. Esse pensamento é corroborado pelos estudantes, na medida em que salientaram que o docente deve conduzir as aulas de uma maneira flexível, instigadora e problematizadora.

O nosso dia a dia [...] é tão rico, não posso ter uma coisa moldada, isso eu vou trabalhar com acadêmico, ele é único também. Integralidade se relaciona com isso também, tem que ter espaço na formação para discutir, saber ouvir o que o acadêmico pensa, o que a minha colega ali do serviço pensa (Aquila).

Os participantes compreendem que, como docentes, não têm apenas o papel de ensinar a integralidade, mas, enquanto educadores, devem trazê-la como essência. Para eles, é preciso buscar os pares que estão nos serviços, de modo que se estabeleçam as relações de construção e troca de conhecimento.

Então, às vezes, o próprio profissional tende a depreciar o que é seu também, e o acadêmico que está sendo formado nesse meio [...] está fazendo toda essa escuta [...]. Nós temos uma missão que eu acredito que nós ainda não estamos assumindo [...] de maneira integral. Como nos docentes, trabalharmos de maneira integral com os nossos pares que fazem parte da formação do nosso aluno que eu estou trabalhando aqui. Como eu posso trabalhar com esses pares de maneira integral, buscando ele para [...] se manter atualizado na academia e se manter assistente? Ao mesmo tempo, ele não vai estar dizendo “no meu tempo era assim”, porque [...] vai estar conhecendo o que vai estar sendo feito aqui. Então, eu acredito que uma das lacunas que nós poderíamos ampliar na questão do ensino é buscar os nossos pares que estão acompanhando lá. [...] com isso, essa rede de formação passaria a existir, e a rede de assistência também se ampliaria (Grus).

Como formadores, os participantes acreditam que possuem o papel de mediar os saberes, de escutar e dialogar com os discentes, entrando num acordo com o grupo, no sentido de realizar uma construção conjunta de conhecimento.

Eu considero que o nosso papel, cada vez mais, a cada momento, a cada nova experiência, cada vez que eu leio, nossa, são novos referenciais, novas vivências, e eu tento conduzir isso de uma forma muito... Tanto na minha prática [...] diária, no atendimento ou em sala de aula, ou em leituras mesmo [...]. Não sei se eu tenho me colocado no papel tanto de observadora de escuta de um toque do olhar muito mais do que palavras, não no sentido de dar todas as respostas, mas no sentido de construir juntos. Então, que caminhos tu achas que dá para gente pensar? E para o aluno, é legal poder vivenciar isso assim, essas nossas incertezas, nossas inseguranças, os nossos não saberes, também nossos medos e as nossas certezas naquilo que a gente domina (Columbo).

Na visão dos docentes, o profissional tem que ser formado não para entrar nos serviços instituídos, mas para fazer a diferença, mesmo que as dificuldades sejam consideráveis. No entanto, o docente deve manter o foco na formação, mostrando que esse futuro enfermeiro, quando ingressar no mercado de trabalho, poderá se destacar e provocar mudanças positivas no seu cenário de atuação.

Nós não podemos formar os profissionais para entrarem no serviço, que sempre vai ter um sistema que vai engessar, que vai instituir coisas. Se falam tanto em integralidade, mas não é integralidade, eles querem a demanda organizada que tem pediatra, obstetra, enfermeiro [...]. Mas aí que entra a formação para gente preparar o aluno que, mesmo que tenha um sistema assim, tem um espaço lá que ele pode fazer a diferença que eu profissional posso fazer andar (Orion).

Os participantes entendem que o docente deve ser empreendedor, por não conseguir usar o mesmo método com todas as turmas. Para tanto, é importante ser criativo e inovador, devendo colocar-se na condição de aprendiz e olhar para os outros cenários, dialogar com seus colegas, projetar o futuro.

Eu percebo que hoje, nós, como enfermeiros e como professores, temos que ser empreendedores. Por quê? Porque eu não consigo usar o mesmo método com todas as turmas, eu não consigo passar o meu conhecimento [...]. Aquilo que eu sei, eu estou atualizando, mas faz parte da minha prática, e ele vai se atualizando, mas [...] não modifica todo [...]. Só que hoje é diferente, a maior parte do tempo é trabalhado no individual. Por que esse aluno é mais difícil de ser conquistado, de fazer uma troca de conhecimentos? [...] A gente tem que ser muito criativa para conseguir chamar mais atenção do que o Orkut, do que o MSN, do que as questões que desviam o pensamento [...] e a atenção dele (Grus).

Os docentes relataram a satisfação em participar desta pesquisa, visto que encaram o momento e o espaço de discussão e formação como uma possibilidade de refletir e repensar o seu próprio fazer, além de uma oportunidade de construção conjunta de novas atitudes. Em vários momentos, inclusive, sugeriram que esses encontros prosseguissem, para que o processo conjunto de construções continuasse, tendo em vista a sua relevância tanto para os cenários em que atuam quanto para a Instituição da qual integram.



DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

“É necessário dizer que não é a quantidade de informações, nem a sofisticação em Matemática que podem dar sozinha um conhecimento pertinente, mas sim a capacidade de colocar o conhecimento no contexto” (Morin).

A integralidade é uma temática que ainda gera muitas dúvidas, a começar pela polissemia de sentidos que norteiam tal palavra, dificultando, assim, o entendimento e as ações dos profissionais frente ao seu real sentido.

5.1 Construção da integralidade

A integralidade é considerada uma bandeira de luta do movimento sanitário brasileiro (MATTOS, 2006); todavia, esse termo só passou a ser citado na Lei nº. 8.080, de 1990, como um dos princípios doutrinários do SUS. Nesse documento, no artigo 7º, inciso II, a integralidade da assistência é entendida 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, 1990b, p. 4). Deve-se ressaltar que essa Lei está embasada na Constituição da República Federativa, aprovada em 5 de outubro de 1988, a qual não cita o termo integralidade, mas o apresenta, no artigo 198, inciso II, como diretriz do novo sistema de saúde, o atendimento integral, com preferência para as atividades de caráter preventivo, não causando prejuízos à assistência (BRASIL, 1988).

Conforme o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, a palavra integralidade, derivada do Latim Medieval *integralitate*, é definida como “qualidade, condição ou atributo do que é integral; totalidade” (FERREIRA, 2004, p. III 5).

Pela ótica da complexidade, a integralidade do cuidado compreende “[...] o ser humano nas suas necessidades, capacidades e vicissitudes, sobretudo, na sua totalidade” (SOUSA; ERDMANN, 2008, p. 38). De acordo com Mattos (2001, p. 3), a integralidade talvez não tenha o mesmo sentido para todos e nem deva ser

conceituada tão rapidamente, já que assim poderíamos “[...] silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa”. Essa compreensão é percebida nas falas dos entrevistados, ao mencionarem que a integralidade apresenta-se como um processo complexo em construção e ainda utópico.

Quando os participantes discutiram esse tema, fizeram referência não somente ao todo,⁷ mas também à parte, isto é, ao detalhe, no sentido de evitar a fragmentação do cuidado. Essa ideia vem ao encontro das concepções de Morin (2003), ao mencionar que, por ser uma unidade complexa, o todo não é restrito ao mero conjunto dos elementos que constituem as partes.

Diante do exposto, entende-se que a integralidade consiste, sim, em ver o todo, mas, para isso, é indispensável olhar as partes, pois não há como ver o todo sem olhar para o conjunto das partes, e vice-versa (MORIN, 2003).

Os participantes do estudo abordaram que integralidade é ir além das necessidades visíveis, percebendo aquelas ocultas, isto é, o que realmente a pessoa está buscando. Esse modo de pensar coincide com a visão de Alves (2005), o qual cita que a integralidade pressupõe ir além da fragmentação e do reducionismo dos indivíduos. O seu caminho está em transpor as necessidades visíveis, e as ações dos profissionais da saúde devem ser realizadas sob essa ótica.

Segundo Pinheiro (2001), a integralidade é resultado das ações entre os atores envolvidos na relação demanda-oferta, o que dá sentido de movimento a ela, por depender das relações humanas. Na visão de Cecílio (2001), a integralidade não ocorre em decorrência de um esforço individual; é um objetivo de rede que, para acontecer, exige um compromisso de todos os atores envolvidos. Ressaltando essas questões, os participantes entendem que a integralidade envolve um conjunto de ações e atitudes as quais dependem de uma rede de cuidados; trata-se de um composto de sistemas que devem estar interligados, além do trabalho em equipe.

A integralidade é considerada por alguns uma utopia, como demonstram os participantes. No entanto, Xavier e Guimarães (2004) entendem que a integralidade é um caminho a ser percorrido, embora nunca se chegue ao seu final, pois ela mesma é o caminho e a responsável pela abertura de novos rumos na medida em

⁷ Segundo o Dicionário de Filosofia, o todo é compreendido como um composto de partes; todavia, cada parte tem o seu papel dentro de um todo. Entretanto, isso não é uma visão de fragmentação, visto que as partes podem ser expressas no todo, já que são elas que dão a visão de totalidade ao conjunto (MORA, 1982).

que for percorrido. Nessa perspectiva, Pinheiro (2009) compreende-a como uma construção desempenhada coletivamente, que vai sendo moldada pelos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde.

A questão ética também foi mencionada pelos integrantes do estudo, uma vez que, para eles, a integralidade envolve uma postura ética. Corroborando essa ideia, Cestari (2003) afirma que, diante dos progressos tecnológicos e das condições reais dos serviços de saúde, emerge, cada vez mais, a necessidade de um saber ético, uma vez que os profissionais dessa área frequentemente são confrontados com situações que exigem regras de conduta, as quais não podem ser resolvidas apenas com a consulta ao código de ética. Nesse sentido, para Waldow (2004, p. 39), “[...] atitudes éticas são expressas no cotidiano para com outras pessoas, assim como na forma como seres humanos se relacionam uns com os outros e em suas interações do dia-a-dia”. Martin (2004, p. 32) igualmente acredita que “[...] a ética sonha com um mundo diferente e procura desvendar a lógica dos mecanismos que tornam realizável o sonho”.

Outro aspecto abordado pelos participantes da pesquisa é a importância do controle social. Destaca-se que um dos participantes mostrou-se muito enfático quanto a esse assunto, pois, de acordo com o seu ponto de vista, a integralidade só existirá no momento em que o controle social for efetivo. Esse modo de pensar é corroborado por Luz (2001), na medida em que sustenta a ideia de que o controle social acontece por meio do exercício de cidadania e da participação efetiva, a partir das Organizações Não Governamentais e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Na busca de um controle social efetivo, através da Lei 8.142/90, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde (BRASIL, 2006). Aos Conselhos de Saúde, compete a função de atuar na criação de estratégias e de controlar o cumprimento das políticas de saúde nas suas respectivas instâncias; às Conferências de Saúde, compete a função de avaliar as questões de saúde e de indicar diretrizes que auxiliem na criação das políticas de saúde em todos os níveis que correspondem (BRASIL, 1990c). Nesse sentido, questiona-se: O que efetivamente o controle social tem feito para a melhoria da qualidade de vida e para efetivação das políticas de saúde? O que ele tem feito para o alcance da integralidade?

Acredita-se que um controle social assumido com responsabilidade, tanto pelos usuários como pelos profissionais, pode sim contribuir para o alcance da integralidade.

Os docentes abordaram a importância de se vivenciar a integralidade no ensino, a fim de que os discentes, como futuros enfermeiros, desempenhem suas ações embasadas nesse princípio. Sabe-se que é imprescindível uma mudança na formação acadêmica, porque, muitas vezes, o ensino acontece de maneira fragmentada, embasado num modelo de saúde que não considera o ser humano como único e singular, apenas como portador de uma patologia.

A transformação no ensino em saúde visando à atenção integral e à humanização é indispensável, considerando-se que os conhecimentos transmitidos não vão ao encontro da organização da gestão setorial e das discussões referentes à estruturação dos cuidados em saúde e que a graduação mantém-se impenetrável ao controle social (BRASIL, 2004). Parafraseando Ayres (2010), ensinar integralidade vai além de aulas expositivas; é preciso sua vivência nas situações de prática. Ao se ensinar o cuidado nessas situações práticas, tem-se uma melhor aprendizagem e compreensão do que é esse princípio.

Entretanto, construir a integralidade tanto no ensino quanto na prática requer mudanças, desde a garantia do diálogo até o estabelecimento de relações de parceria entre os sujeitos envolvidos no processo – o ensino, os serviços e a comunidade (SANTANA et al., 2010). Essa concepção está relacionada às falas dos participantes, que também mencionam o fato de a integralidade exigir mudanças de atitudes, diálogo e estratégias conjuntas.

Em suma, a integralidade requer um novo modo de pensar que compreende cada ser humano como único, com singularidades e necessidades; assim, deve ser sempre o objetivo principal dos serviços e sistemas em sua totalidade (CECÍLIO, 2001).

5.2 Compreensão de cuidado integral

Através das falas dos participantes, foi possível perceber que, ao discutirem sobre integralidade, já estavam referindo-se ao cuidado integral. Essa situação é

expressa por Antunes e Guedes (2010), uma vez que, ao se abordar a integralidade, reporta-se imediatamente ao cuidado integral, pois o ser humano, quando busca assistência, não almeja somente a cura para uma doença, mas um atendimento que vise ao seu acolhimento e à sua atenção integral, com vistas à promoção da saúde.

Nesse sentido, Sousa e Erdmann (2008, p. 36) entendem que

[...] o enfrentamento da questão da integralidade nos faz lançar um olhar para o real, a partir das práticas profissionais, por compreender que há uma assimetria entre o cuidado e a integralidade revelada por ações seletivas e fragmentadas dos profissionais de saúde.

Ainda de acordo tais autoras, deve-se compreender que o cuidado é mais do que uma atividade de rotina das ações em saúde. De acordo com Klock et al. (2007, p. 455), para exercer o cuidado, é preciso perpassar “[...] o instituído e consagrado. É preciso desvelar-se e colocar-se junto com o outro. É preciso ser profissional. Não basta fazer de conta”. Esse modo de pensar está de acordo com abordado pelos participantes do estudo, ao destacarem que a busca pelo cuidado integral inclui a desconstrução de práticas lineares focadas na técnica, além de um desacomodar por parte dos profissionais, um deslocar de pensamento.

Historicamente, compreende-se que o cuidado em saúde era focado na prática hospitalar; entretanto, frente às diversidades presentes no cotidiano dessa área, acredita-se que tal modelo de cuidado não é capaz de suprir as necessidades do ser humano em todas as suas dimensões – físicas, sociais, psicológicas, espirituais. Nessa perspectiva, Koerich et al. (2009, p. 9) ressaltam a importância de se voltar, atualmente, às práticas de cuidado em saúde, a fim de atender a “[...] multidimensionalidade do ser humano [...]”, já que a lógica do saber disciplinar multifacetou as dimensões desse ser (KLOCK et al., 2008).

Dessa forma, é emergente um novo olhar para a questão do cuidado em saúde. Esse novo modo de ver é entendido por Klock et al. (2007, p. 458) como algo que “[...] tem raízes na própria construção histórica de enfermagem [...]”; retomá-lo “[...] com outro olhar pode possibilitar um resignificar da prática de enfermagem”.

Quando Sousa e Erdmann (2008) reportam-se à história da Enfermagem, nota-se que a retomada é realizada porque várias teóricas, dentre elas, Nightingale, Leininger, Horta, Watson, já tinham a compreensão de que o cuidado ao ser humano vai além da dimensão biológica. Atualmente, é exatamente essa compreensão que se almeja, como é possível perceber nas falas dos participantes, ao citarem que,

para cuidar integralmente de um indivíduo, é primordial transcender as necessidades aparentes e ultrapassar a questão do assistencialismo.

De acordo com Waldow (1999), nos diferentes cenários de saúde, ainda é possível perceber o cuidado prestado de uma maneira técnica, em que o contato entre as pessoas é cada vez menor e mais distante. A autora ressalta que o cuidado técnico pode ser ensinado, mas as outras dimensões, para serem aprendidas, têm de ser sentidas e vivenciadas. Cabe destacar que, quando se fala em cuidado integral, não se desconsidera a técnica, haja vista a importância que possui nesse contexto. Ela é uma das dimensões do cuidado; entretanto, acredita-se que deve estar associada à sensibilidade, ao respeito, ao querer conhecer as reais necessidades daquele que está sendo cuidado.

Na busca por um novo modo de cuidar em saúde, os participantes do estudo entendem que é preciso centrar os saberes nessa questão desde a formação acadêmica. Tal postura coincide com o explicitado por Sousa e Erdmann (2008, p. 40), ao enfatizarem que “[...] precisamos de um saber que possibilite a mudança para um novo modo de fazer”. As autoras entendem como um desafio o “[...] cuidar no contexto de um saber mais coerente com a condição humana” (SOUSA; ERDMANN, 2008, p. 41). Enquanto isso, para Meirelles e Erdmann (2006, p. 68), “[...] enfrentamos em nossa prática o desafio de promover a saúde, compreendendo as relações entre sujeitos, seus saberes, suas condições e projetos, o que sem dúvida é uma tarefa complexa diante das nossas limitações”.

Nessa perspectiva, os integrantes da pesquisa destacam a relevância de se entender o ser humano como um ser singular e único, além de se desenvolver momentos diários de construção e diálogo, a fim de que esse cuidado possa acontecer. Essas colocações condizem com as palavras de Rangel et al. (2011, p. 27), as quais destacam que, para desenvolver o cuidado ao ser humano, visando a todas as suas dimensões, é preciso perceber que ele é singular, autônomo e multidimensional, bem como ter o entendimento de que “[...] as interações de cuidado se expressam e se movem pela compreensão dialógica, criativa e dinâmica de sujeito-a-sujeito”.

Os participantes também destacaram a importância do estabelecimento do vínculo nas relações. Nesse sentido, de acordo com Franco Júnior et al. (2008), a construção do vínculo só é possível se entendermos que o ser humano é alguém com desejos e vontades próprias. Já Oliveira, Pinto e Coimbra (2007) ressaltam que

a escuta e o acolhimento são importantes para que se possa desenvolvê-lo. Enquanto isso, para Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), estabelecer o vínculo permite-nos reconsiderar nossas ações, pois nos aproxima da realidade em que o outro está inserido, tornando-nos, assim, mais comprometidos, sensibilizados e responsáveis, o que abre possibilidades de relações menos burocráticas.

Na visão de Maia e Vaghetti (2008, p. 29), o cuidado

[...] implica em uma continuidade, é um processo, e, para tal, requer integrantes, como: sensibilidade, atitude de desvelo, solicitude, atenção, troca, sinergia; enfim sentimentos que favoreçam este processo de viver.

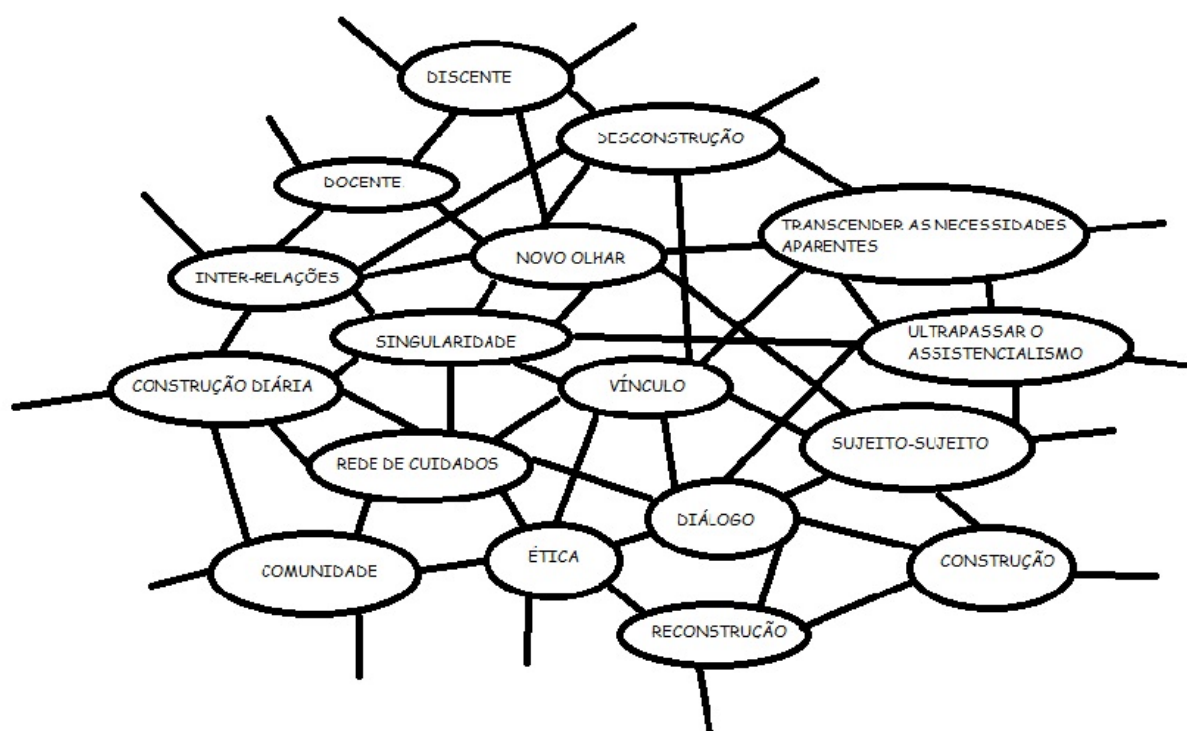
Esse mesmo modo de pensar é observado nas falas dos participantes, para os quais o cuidado integral é como uma construção que não ocorre num primeiro contato, mas através de vários momentos de conhecimento do outro. Ainda, creem que o cuidado integral depende de uma rede de cuidados, com a inserção da comunidade nesse processo e da tríade docente-discente-pessoa que vai recebê-lo. Assim, entende-se que

É preciso chamar para o debate os diversos grupos sociais e com eles construir projetos coletivos que caminhem em direção de uma sociedade mais justa. Em um mundo cada vez mais integrado, é urgente romper outras fronteiras, aproximando visões de mundo, estreitando saberes, interconectando valores e culturas as mais díspares possíveis. Somente assim poderemos alcançar o tão almejado convívio solidário e plural, no qual o respeito às diferenças sobressaia-se como norte de todas as nossas ações e práticas (MEIRELLES; ERDMANN, 2006, p. 72).

Em síntese, esse novo modo de cuidar em saúde vem acompanhado de muitas mudanças, as quais, por si só, envolvem conflitos; todavia,

[...] todo aquele que se dispuser a colaborar precisa estar preparado para correr riscos, para quebrar as amarras impostas pelo modelo cartesiano e para trocar a certeza e segurança pelo desassossego, pela incerteza e pela experiência do encontro com o inesperado (SOUZA; ERDMANN, 2008, p. 43).

A seguir, apresenta-se um esquema (Esquema 4), construído a partir dos resultados obtidos na pesquisa, que representa o cuidado integral. O emaranhado de linhas demonstra uma rede complexa; os círculos representam os nós-críticos que precisam ser visualizados e buscados quando se discute o cuidado integral.



Esquema 4: Representando o cuidado integral

5.3 Formação do enfermeiro para o cuidado integral

A partir dos resultados obtidos nesta grande temática, percebeu-se que tanto os discentes quanto os docentes de Enfermagem entendem que, para a busca do cuidado integral, ainda deve-se rever a formação acadêmica. Concorde-se que ela precisa passar por uma transformação, no sentido de ultrapassar os modelos instituídos que não consideram os diferentes saberes, tendo a figura do docente como único detentor do conhecimento e a do discente como receptor.

Desse modo, nota-se que a transformação referida pelos participantes do estudo relaciona-se à esperança de que a formação esteja mais voltada para as reais necessidades de saúde da população e que a compreensão do ser humano seja integral, pois ele não pode ser visualizado em partes fragmentadas. A fim de alcançar esse propósito, é mister romper com os modelos instituídos e aceitar que todos nós somos detentores de diferentes saberes, os quais, uma vez compartilhados, geram outros saberes que acrescentam no processo de prestação do cuidado.

Em busca de novos referenciais, o Governo Federal, em 20 de dezembro de 1996, promulgou, através da Lei nº. 9.394, as Diretrizes e Bases da Educação, o que permitiu maior maleabilidade aos currículos e excluiu os currículos mínimos (BRASIL, 1996b). As discussões quanto à formação na área da saúde prolongaram-se, fazendo com que, no ano de 2001, algumas instituições, como a Rede Unida, a ABEn e a Abrasco, buscassem, junto ao Ministério da Saúde, auxílio para pressionar o Ministério da Educação, no sentido de rediscutir a formação dos profissionais de saúde (DA ROS, 2009).

Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Enfermagem delineiam o perfil esperado do profissional de Enfermagem: generalista, humanista, crítico e reflexivo; com competência para tomar decisões de comunicação verbal e não verbal; com espírito de liderança; capaz de administrar e gerenciar, buscando sempre aprender. No documento, também são apresentadas as habilidades e competências do enfermeiro, os conteúdos que devem contemplar o currículo, além de ser enfatizada a formação para o SUS (BRASIL, 2001).

Cabe ressaltar que o curso de Enfermagem da Instituição onde foi realizada a pesquisa considera, no seu PPC, o perfil profissional proposto nas DCN, pois busca promover a formação generalista do discente e desenvolver sua cultura investigativa, inovadora, crítica e tecnológica, pautada na inserção do futuro enfermeiro na realidade social (CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, PPC ENFERMAGEM, 2008).

Visando ao alcance desse objetivo, constam no currículo situações reais de aprendizagem que buscam a interdisciplinaridade, as quais são instigantes tanto para os discentes quanto para os docentes. No processo de busca de respostas, existe, no curso, uma política de análise, reflexão e discussão, que culmina com o processo de autoavaliação. Através da avaliação, são destacadas as potencialidades e as fragilidades do currículo, que servirão para reestruturar a matriz curricular e a organização pedagógica do curso, levando em consideração as DCN e a filosofia da Instituição (CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, PPC ENFERMAGEM, 2008). Essa percepção fica visível nas falas dos integrantes do estudo, quando mencionam que, no curso de Enfermagem da Instituição pesquisada, já estão ocorrendo mudanças visando à integralidade do cuidado.

Os participantes entendem que o enfermeiro é o disseminador do cuidado integral por estar mais próximo ao usuário, compreendendo seu contexto e suas

reais necessidades. Por essa razão, ressaltam a importância de discutir como ocorre a formação desse profissional. Nesse sentido, Esperidião e Munari (2004) afirmam que muito se debate a respeito da integralidade; porém, sua utilização na formação do enfermeiro ainda permanece distante, principalmente quando associada ao cuidado integral. Talvez, resida nessa questão o grande desafio da formação: Como fazer com que as discussões sobre a integralidade sejam norteadoras do processo de ensino-aprendizagem desses profissionais? Como fazer diferente daquilo que está sendo feito? Como trabalhar a questão do cuidado integral na formação, de modo que o discente posicione-se e reflita sobre suas ações?

Segundo Ito et al. (2006), os desafios enfrentados na formação do enfermeiro são crescentes; para ultrapassá-los, obtendo resultados positivos, faz-se indispensável estar constantemente desconstruindo e reconstruindo concepções, o que requer “[...] uma estratégia a qual traz em si a consciência da incerteza que vai enfrentar” (MORIN, 2000, p. 62).

Nesse sentido, acredita-se que, para ser possível construir conhecimento de forma articulada com a realidade, é essencial estar preparado para viver a incerteza do mundo, a noção de fragilidade da condição humana e as formas diferenciadas de conhecer a realidade, pois “[...] todo o nosso ensino tende para o programa, ao passo que a vida exige estratégia e, se possível, serenidade e arte” (MORIN, 2000, p. 62).

Os participantes veem o docente como um condutor no processo de construção do conhecimento e um mediador de saberes. Assim, entende-se que

[...] ser docente implica em conhecer profundamente o que se ensina e a quem se ensina. A consciência desta responsabilidade deve ser inerente, quando se deseja participar da formação de enfermeiros. Não pode ser negligenciada, pois correremos o risco de formar profissionais descompromissados com um exercício profissional humano e sensível (SILVA; CAMILLO, 2007, p. 406).

As autoras acreditam que, diante das atuais mudanças de paradigmas, é responsabilidade do docente instruir o discente na busca da contextualização, atividade considerada complexa, visto que

[...] vivemos na era das especialidades descontextualizadas. Contextualizar é estratégia fundamental para encontrar sentidos para o cuidar humano. Contextualizar é parte na busca por um cuidar complexo, sensível e humano (SILVA; CAMILLO, 2007, p. 407).

Tais ideias também são expressas pelos participantes da pesquisa, os quais acreditam que o discente tem de ser instigado e fomentado, para ampliar sua visão durante o seu período de formação. Dessa maneira, crê-se que o docente deve conduzir suas aulas de uma forma estimulante, a fim de que os discentes reflitam, construam e produzam novos saberes, trazendo o conhecimento sob a forma de problemas a serem resolvidos. Esses problemas, então, serão situados num contexto e colocados em perspectiva, de modo que o discente estabeleça a ligação entre a sua solução e outras interrogações, para, então, conseguir mudar a realidade. Diferente dessa perspectiva, o docente estará formando apenas “mais um”.

Nesse contexto, é importante entender que

[...] o professor, assim como o aluno é um ser que ao mesmo tempo é singular e múltiplo, diverso e uno, sendo a um só tempo, biológico, psíquico, social, espiritual, ou seja, um ser complexo. Assim como o indivíduo que está sendo cuidado pelo aluno, também o é (SILVA; CAMILLO, 2007, p. 407).

Os integrantes da pesquisa concordam que o docente precisa ter plena consciência do motivo pelo qual está formando; já o discente deve entender o seu papel, questionando-se quanto ao tipo de profissional que deseja ser. Assim, de acordo com Morin (2003), deve-se compreender a si mesmo antes de compreender o outro, pois estamos sendo constantemente invadidos pela incompreensão, “câncer” que interfere nas relações dos seres humanos.

Na ótica dos participantes, o ensino da integralidade exige que sua essência não seja excluída e que os pares estejam presentes nos serviços, a fim de se estabelecerem as relações de construção. Nesse sentido, compreende-se que é essencial ir além, ou seja, na atualidade, há uma necessidade de se abordar a questão das interconexões no ensino.

Para Morin (2000), as modificações de pensamento somente são possíveis se entendermos que tudo está interligado, uma vez que a percepção fragmentada não nos permite ver os problemas. Já para Adão (2010, p. 4), cada ser vivo é único e, ao mesmo tempo, parte de um sistema maior, pois “[...] comportamentos individuais somados podem resultar em valores sociais reconhecidos”. Ainda segundo esse autor, é necessária a “[...] conscientização de que a saúde do planeta, da qual o

homem é parte indivisível, determina a saúde do sistema Terra e da espécie humana” (ADÃO, 2010, p. 5).

Sabe-se, então, que, para se alcançar o cuidado integral, é válido entender que o ser humano, receptor desse cuidado, está inserido num contexto o qual influencia o seu modo de viver. Além disso, a formação, tendo como eixo norteador a integralidade, tem de esclarecer as interconexões e considerá-las no processo de cuidar.

Os integrantes da pesquisa abordaram que, atualmente, para ser docente, deve-se ser empreendedor, tendo em vista a impossibilidade de utilização de um mesmo método com todas as turmas, lembrando que cada discente é singular e único, assim como cada turma é única. Backes e Erdmann (2009) ressaltam que esse não é um processo simples; todavia, atualmente, é importante abordá-lo na formação do enfermeiro, porque através dele percebe-se que o profissional poderá contribuir de maneira efetiva nas questões sociais e locais, ou seja, nas reais necessidades.

Conforme as autoras citadas, através do empreendedorismo, é possível sair da formação de “bons tarefeiros”, visto que o empreendedor tem um olhar diferenciado frente ao mundo, à sociedade e ao ser humano.

A necessidade de o docente colocar-se na situação de aprendiz também é mencionada pelos participantes. Entende-se que a ingenuidade do aprendiz na situação de prática, sua surpresa ao descobrir seus limites, seu assumido e explícito desconforto diante da não conformidade, faz emergir parte substantiva dos desafios práticos, para os quais o princípio da integralidade busca resposta (AYRES, 2010).

De acordo com Backes et al. (2009), para que, hoje, o enfermeiro exerça de maneira plena sua profissão, é mister ultrapassar barreiras instituídas e modelos tradicionais de ensino-aprendizagem. Assim, compreende-se que a formação desse profissional deve passar por muitas mudanças nesse sentido; mas, para

[...] desenvolver e tornar-se forte, é preciso passar por uma série de etapas, desafios e percalços. Antes de tudo, é preciso começar. Uma forma de começar é desenvolvendo estratégias que envolvam professores e alunos numa discussão acadêmica, tendo como base os Sinalizadores Pedagógicos Complexos aqui nomeados visando, num primeiro momento, ampliar e aprofundar contatos entre docentes, entre docentes-alunos, entre docentes-alunos-direção, entre docentes (SILVA; CAMILLO, 2007, p. 409).

Desse modo, a formação do enfermeiro para o cuidado integral requer a adoção de metodologias que englobem atividades capazes de atribuir significados, uma postura flexível e aberta por parte dos docentes, além de abordagens que exijam participação efetiva, atitude de envolvimento e comprometimento por parte dos discentes.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O relacionamento entre indivíduo-sociedade-espécie é como a trindade divina, um dos termos gera o outro e um se encontra no outro. A realidade humana é trinitária” (Morin).

Os resultados evidenciam que a integralidade envolve a complexidade do ser e do fazer, visto que se caracteriza como um processo em construção, passível, portanto, de novas formulações com base em vivências e construções dos próprios sujeitos. As concepções sobre o seu real significado são variadas, mas, neste estudo, grande parte dos participantes entende que se deve compreender o todo, mas sem desconsiderar as partes. Os integrantes desta pesquisa percebem que é impossível olhar para o todo sem que se olhe para as partes, embora alguns deles ainda mantenham a concepção de que a integralidade é um princípio do SUS, que concebe o indivíduo na sua totalidade.

Outro ponto de vista acerca da integralidade salientou que, para ela acontecer, é indispensável o envolvimento das redes de cuidado e do trabalho com os pares – os serviços, o ensino e a comunidade.

Com relação à abordagem do cuidado integral, evidenciou-se que sua compreensão está atrelada à integralidade, ocorrendo no encontro de um sujeito com outro. Além disso, nesse contexto, o ser humano deve ser visto como um ser singular e multidimensional. Assim como a integralidade, o cuidado integral é uma construção gradual que acontece frente às relações que se estabelecem, exigindo uma desconstrução de práticas lineares focadas em ações tecnicistas. A integralidade e o cuidado integral precisam permear as ações do saber e fazer do enfermeiro; para isso, devem ser abordadas desde a formação acadêmica.

Portanto, é essencial uma mudança referente às questões de saúde, tendo seu início no ensino. A universidade é considerada o espaço principal de aprendizado, porque é o local onde os seres humanos estão constantemente se alimentando e se retroalimentando com novos conhecimentos e saberes. Nesse espaço acadêmico, ressalta-se a importância do papel do formador, uma vez que é um dos responsáveis pelas mudanças necessárias, além de ser o mediador dos diversos saberes. O docente ainda tem a importante missão de instigar, fomentar e ampliar a visão daqueles que buscam o conhecimento.

Nesse processo, é importante haver concepções bem definidas, ou seja, docentes e discentes precisam entender o quão significativos são e serão para a sociedade; para isso, devem ter claras as razões e as finalidades pelas quais estão formando e sendo formados. Na Instituição onde ocorreu a pesquisa, essas mudanças já estão acontecendo, evidenciadas nos resultados do estudo e no PPC do curso de Enfermagem.

Em suma, os resultados demonstraram que a integralidade e o cuidado integral são fenômenos construídos a partir das expectativas de vida dos indivíduos e dos serviços de saúde. Docentes e discentes entendem que não são conceitos prontos e que o contexto de vida, os valores, as diferenças culturais e os modos de produção do conhecimento de cada grupo social devem ser considerados.

Conclui-se que os objetivos deste trabalho – compreender o significado de cuidado integral para os docentes e discentes do curso de Enfermagem e identificar se o cuidado integral está sendo abordado na formação acadêmica; em caso afirmativo, como vem sendo trabalhado – foram alcançados. Para tanto, a técnica de grupo focal foi fundamental, sendo um espaço que possibilitou a ampliação do conhecimento acerca do tema e o delineamento de estratégias para sua aplicabilidade na prática. Dentre as estratégias delineadas, destacam-se:

- Atentar para a singularidade e multidimensionalidade do ser humano;
- Promover espaços dialógicos de construção do conhecimento;
- Rever e ampliar o marco teórico da Enfermagem;
- Estabelecer o vínculo nas relações de cuidado;
- Saber dialogar e escutar sem fazer julgamentos;
- Buscar os pares para que se possa trabalhar em conjunto;
- Exercer o controle social com cidadania;
- Desenvolver espaços de discussão e reflexão teórico-práticos;
- Compartilhar conhecimentos;
- Colocar-se, sempre, na situação de aprendiz;
- Ser empreendedor.

Diante dos resultados desta pesquisa, espera-se que novas discussões, reflexões e inquietações surjam, para que a abordagem do cuidado integral seja realizada de modo que permeie as ações do cotidiano dos sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.



REFERÊNCIAS

ADÃO, N. M. L. Educação ambiental e uma abordagem sobre o todo. **Revista Educação Ambiental em Ação**, n. 33, 2010. Disponível em: <<http://www.revistaee.org/artigo.php?idartigo=896&class=21>>. Acesso em: 03 fev. 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface, Saúde e Comunicação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANTUNES, M. J. M.; GUEDES, M. V. C. Integralidade nos Processos Assistenciais na Atenção Básica. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Org.). **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 19-27.

AYRES, J. R. C. M. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In: PINHEIRO, T.; LOPES, T. C. (Org.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS/UERJ/ABRASCO, 2010.

BACKES, D. S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2008.

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L. Formação do enfermeiro pelo olhar do empreendedorismo social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 242-8, 2009.

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. Demonstrating nursing care as a social practice. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 988-94, 2009.

BACKES, D. S. et al. Despertando novas abordagens para a gerência do cuidado de enfermagem: estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2407>>. Acesso em: 17 jan. 2010

_____. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 421-26, 2010.

BARBOSA, M. F. L. **Integralidade: sentido, construção e aplicação para os técnicos de Enfermagem**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BERNARDINO, E.; OLIVEIRA, E.; CIAMPONE, M. H. T. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 36-40, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer n. CNE/CES 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 1, p. 131, 2001.

_____. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. **AprenderSUS**: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Enfermagem**: legislação e assuntos correlatos. 3. ed. Rio de Janeiro, 1974. v. 1.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3. ed. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 06 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2005. 77 p.

_____. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência. **ABC do SUS**: Doutrinas e princípios. Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2010.

_____. Resolução nº 196/96. Pesquisa em seres humanos. **Revista Bioética**, 1996a.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 58-68, 2008.

CAMPOS, G. W.S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARVALHO, V.; COELHO, C. P. **O quadro documental da Escola de Enfermagem Anna Nery - 70 anos de evolução histórica (1922-1992)**. Disponível em: <<http://www.eean.ufrj.br/sobre/sobre.htm>>. Acesso em: 14 fev. 2011.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 113-26.

CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2008.

CESTARI, M.E. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 34-42, 2003.

CHRISTÓFARO, M.A. C. **A integralidade e a competência coletiva como significados e rumos para a transformação do cuidado em saúde como prática social**. Brasília: UNB, 2008.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DA ROS, M.A. **Introdutório de estratégia saúde da família**. Políticas Públicas de Saúde. Joaçaba, 2009. Módulo I.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

ERDMANN, A. L. et al. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 288-94, 2009.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B. Holismo só na teoria: A trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 3, p. 332-40, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FERREIRA T. S.; CAMPOS, L. F. O conhecimento veiculado em literatura nacional sobre integralidade em saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 368-73, 2009.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 532-36, 2006.

FRANCO JUNIOR, A. J. et al. A importância do vínculo entre equipe e usuário para o profissional da saúde. **Revista Investigação**, v. 8, n. 1/3, p. 11-8, jan./dez. 2008.

FURTADO, L. A. C.; TANAKA, O. Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. **Revista Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 587-95, 1998.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-75, 2006.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v. 10, n. 15, p. 124-36, 2004.

KLOCK, P. et al. O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: "importando-se com o outro". **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 452-9, 2007.

_____. Vislumbrando as conexões intersubjetivas do cuidado de enfermagem. **Avances em Enfermería**, v. 26, n. 1, p. 13-21, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2010.

KOERICH, M.S. et al. La emergencia de la integralidad e interdisciplinaridad en el sistema de cuidado a la salud. **Enfermería Global**, n. 17, p. 1-10, 2009.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

MACHADO, W. C. A.; SCRAMIN, A. P. Cuidado multidimensional para e com pessoas tetraplégicas: Re-pensando o cuidar em Enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 189-97, 2005.

MAGALHÃES, L. M. T. **O ensino superior em enfermagem e o desafio da mudança**: os referenciais de um novo processo de formação. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MAIA, A. R.; VAGHETTI, H. H. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUSA, F. G. M.; KOERICH, M. S. (Orgs.). **Cuidar-Cuidando**: Reflexões Contemporâneas. Florianópolis: Papa-Livro, 2008. 109 p.

MARTIN, L. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 37-64.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-16, 2004a.

_____. Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde [Editorial]. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 2, 2004b.

_____. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005. p. 45-59.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006. p. 41-66.

MEDEIROS, M.; TIPPLE, A. C. V.; MUNARI, D. B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 1, n. 1, out./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/666/736>>. Acesso em: 17 fev. 2011.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, 2006.

MERHY, E. E. **Integralidade**: implicações em xeque. Campinas, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-13.pdf>>. Acesso em: 1º out. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-64, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000200015&lng=en>. Acesso: 05 mai. 2010. doi: 10.1590/S0080-62342009000200015.

MORA, J. F. **Dicionário de Filosofia**. 5. ed. Lisboa: Dom Quixote, 1982.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **A cabeça bem-feita**: repensar a reformar, reformar o pensamento. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NASCIMENTO, M. E. B.; OLIVEIRA, M. C. M. Caminhos e desafios da enfermagem no Brasil. **Revista HISTEDBR On-line**, n. 23, p. 131-42, 2006.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C.; COIMBRA, V. C. C. Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 426-30, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2011.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. Tese (Doutorado), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2007.

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

_____. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As Percepções do Enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 42-51, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

RANGEL, R. F. et al. Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 1, n. 1, p. 22-30, 2011.

REDE UNIDA. **Coletânea das Diretrizes Curriculares aprovadas pelo Ministério da Educação**. Londrina, 2002.

SANTANA, F. R. **Integralidade do cuidado**: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem. 2007. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2007.

SANTANA, F. R. et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em Enfermagem do estado de Goiás. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, suppl. 1, p. 1653-64, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/077.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

SANTOS, S. C. et al. Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. **Revista Didática Sistemática**, v. 5, p. 13-22, 2007.

SANTOS, S. M. R. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 124-30, 2008.

SENA, R. R. et al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 23-34, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/02.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

SILVA, A. L; CAMILLO S. O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 403-10, 2007.

SILVA, M. J. P. **O amor é o caminho**: maneiras de cuidar. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

SOUSA, F. G. M; ERDMANN, A. L. A integralidade do cuidado: do real à fantasia. In: SOUSA, F. G. M.; KOERICH, M. S. (Orgs.). **Cuidar-Cuidando**: reflexões contemporâneas. Florianópolis: Papa-Livro, 2008. 109 p.

TYRREL, M. A. R. **Discurso da Diretora da EEAN, por ocasião da celebração dos 80 anos**. Disponível em: <<http://www.eean.ufrj.br/sobre/sobre.htm>>. Acesso em: 19 fev. 2003.

WALDOW, V. R. **O cuidado humano**: o resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

_____. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

XAVIER C.; GUIMARÃES C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: Pinheiro R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 133-55.

ZAMBERLAN, C.; COSTENARO, R. G. S. O fortalecimento do relacionamento interpessoal: um fator determinante da prática do cuidado em UTI. In: COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Cuidando em enfermagem**: pesquisas e reflexões. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.



APÊNDICE A - Consentimento Livre e Esclarecido do Participante

Pelo presente documento, declaro que fui informado, de forma clara, sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia referentes ao projeto de dissertação de Mestrado em Enfermagem, intitulado: **Percepção de docentes e discentes de Enfermagem acerca do cuidado integral**, cujo objetivo é compreender o significado de cuidado integral para os docentes e discentes do curso de Enfermagem e como ele vem sendo trabalhado na formação acadêmica.

Também fui informado:

- dos riscos e benefícios da presente proposta, assim como da garantia de obter esclarecimentos sobre qualquer dúvida referente ao estudo;
- da liberdade de participar ou não do grupo, tendo assegurado a liberdade, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do processo, sem nenhum prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- da garantia de que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa;
- da segurança de acesso aos resultados do estudo.

Nesses termos, considerando-me livre e esclarecido, consinto em participar do estudo proposto, resguardando à autora do projeto a propriedade das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

A enfermeira responsável por esse projeto é: Rosiane Filipin Rangel, fone: (55) 9112-6877, Endereço: Rua: Conde de Porto Alegre 37/102, CEP: 971010-100, Santa Maria-RS, sob a orientação da Dr^a. Dirce Stein Backes.

Data: ____/____/2010.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Assinatura do responsável: _____

OBS.: O presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra, com a autora do projeto.

APÊNDICE B - Ofício para a Coordenação do curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano

1

APÊNDICE B

OFÍCIO PARA A COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM DO CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO - UNIFRA

À Professora Mara Marinho,

Pelo presente termo, eu ROSIANE FILIPIN RANGEL, sob orientação da Enfª. Drª DIRCE STEIN BACKES, venho solicitar a autorização para o desenvolvimento da pesquisa de Dissertação de Mestrado, junto a esta Instituição, mais especificamente com os docentes e discentes do curso de enfermagem.

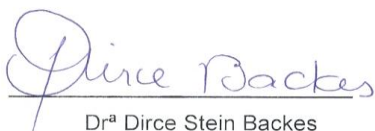
O projeto tem como objetivo compreender o significado de cuidado integral para os docentes e discentes do curso de enfermagem e como esta temática vem sendo trabalhada na formação acadêmica.

O estudo se justifica, pelo conhecimento que poderá trazer para o curso de enfermagem desta e de outras instituições, visto que a temática da integralidade se constitui num tema emergente e de fundamental importância para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Para a realização do estudo será realizado a técnica de Grupo Focal com os docentes e discentes. Os dados coletados serão disponibilizados aos sujeitos investigados, além de todos os profissionais que se interessarem pelo referido assunto.

Esta pesquisa está em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado um termo de consentimento em duas vias pelos sujeitos da pesquisa, sendo que uma via permanecerá em poder do sujeito e a outra com o responsável pela pesquisa.

Data: Santa Maria, 10 de dezembro, de 2010.



Drª Dirce Stein Backes
Orientadora



Enf. Msc. Mara Marinho
Coord. Curso de Enfermagem

Mara Marinho
Coordenadora do Curso
de Enfermagem



ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética



CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 140 / 2010

PROCESSO Nº 23116.006335/2010-10

CEPAS 62/2010

TÍTULO DO PROJETO: “**Cuidado integral em saúde: percepção de docentes e discentes de enfermagem**”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosiane Filipin Rangel.

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no Parecer 138/2010, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “**Cuidado integral em saúde: percepção de docentes e discentes de enfermagem**”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/09/2011.

Rio Grande, RS, 01/12/2010.

Profª. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS

ANEXO B – Expressões de integralidade dos discentes

A)

INTEGRALIDADE

Quando abordamos, nos reportamos a questão da integralidade, logo observamos o integral, o contexto como um todo.

Integralidade não somente querendo as necessidades do outro enquanto ser, mas as necessidades pessoais e exclusivas, inerentes do ser em sua unicidade e totalidade.

A integralidade, no contexto do trabalho integral procura-se se reportar ao outro, nos gestos, nas palavras, no olhar, enfim, na expressão, no conjunto.

FORMATÓRIO DE AÇÕES



INTEGRALIDADE

B)

#Integralidade#

- # Ideia de grande amplitude.
- # Ideia de detalhes.
- # Observações de particularidades.
- # Quanto ao cuidado - algo que observe todas as dimensões do ser humano. (psic., sociais, físicas)
- # Também faz referência a uma grande abrangência.

C)

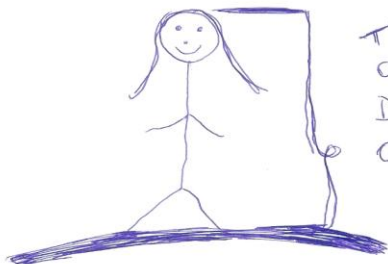
Integralidade!

Define-se como sendo o conjunto de ações e atividades realizadas em prol de um todo, abrangendo todos os sistemas. A integralidade não está atrelada a processos ou mecanismos, mas sim tem uma visão ampliada e generalizada do meio no qual está inserido. Deve estar isento de preconceitos e culturas, deve ser aberto e receptivo a qualquer indivíduo ou sistema. Acreditamos que o real sentido ou conceito de integralidade deve ser estudado e desenvolvido a fim que esta ação integral venha a contribuir cada vez mais no sistema vigente na atualidade que anseia tanto por um novo olhar.

D)

SUS Necessidades

Indivíduo → Sujeito
 → ~~objeto~~



~~Só doença~~

E)

Integralidade

Acredito que integralidade seja um todo, quando consegue-se perceber além do que é óbvio, é perceber o ser humano dentro do seu contexto e também de outros contextos, e de que forma um interfere no outro, sendo assim possível perceber realmente a necessidade do indivíduo. No contexto da integralidade, revela-se muito importante a discussão sobre o cuidado integral. O cuidado integral é a percepção do ser humano em sua essência e conseguir perceber o meio em que o mesmo se encontra como fator influenciador da sua história. No cuidado integral é necessário perceber que devemos enxergar todo aquele ser humano, podendo exercer assim um cuidado real e efetivo para/com o mesmo. Revela-se impossível falar em integralidade se não estivermos com olhar atento e aberto para novos horizontes, ver o ser humano como um todo.



F)

Integralidade

É visualizar o indivíduo com um ser de potencialidades e sonhos. A enfermagem necessita ver o ser humano como um indivíduo que tem família, que está inserido na comunidade junto a um complexo sistema de Saúde. Integralidade é observar em todas as direções o cuidado, junto às perspectivas de cada ser.

ANEXO C – Expressões de integralidade dos docentes**A)**

O que é integralidade?

A integralidade tem várias concepções e olhares relativo a atenção a saúde e aos serviços.

Quando pensamos numa visão ampliada da saúde, que está relacionada as condições de vida das pessoas e que essas estão inseridas em uma família e contexto social, deparamos com a complexidade que envolve a Integralidade do cuidado.

Se partirmos das necessidades de saúde ela é individual e coletiva. Ela se manifesta no encontro que tivermos com o indivíduo, e percebermos a sua singularidade e que na atenção dependendo da complexidade ela necessita de uma rede de cuidados, que não é organizada e tem vários entraves.



B)

Integralidade constitui-se no princípio de conceber o sujeito em suas dimensões, pessoal, político, social, espiritual, ética, considerando-se para isso uma organização dos serviços de saúde. (para isso). Assim, compõe-se por referências sobre o ambiente, visando para garantir esse princípio a integralidade do ser/sujeito/humano, da atenção/cuidado e dos serviços de saúde.

É conceber o sujeito/humano em sua complexidade, unicidade, dinamicidade, singularidade e contraditoriedade, no sentido de atender às expectativas e necessidades de saúde desse humano. Para mim o símbolo que representa esse princípio é um conjunto de espirais.

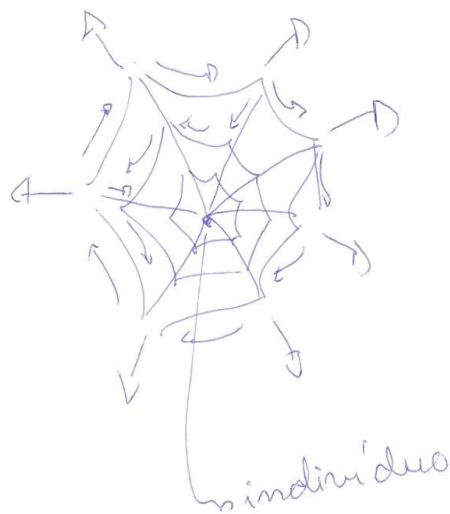


≠ Espiral, ≠ entido,

orden, desorden, reorganização

c)

Integralidade ao meu ver é bastante complexo, espécie de "teia" que une e direciona os sentidos essenciais do indivíduo, ou seja, contempla as necessidades humanas básicas inseridas no contexto ambiental desse indivíduo, bem como o aspecto familiar, social, profissional, religioso... é o todo e o único?



D)

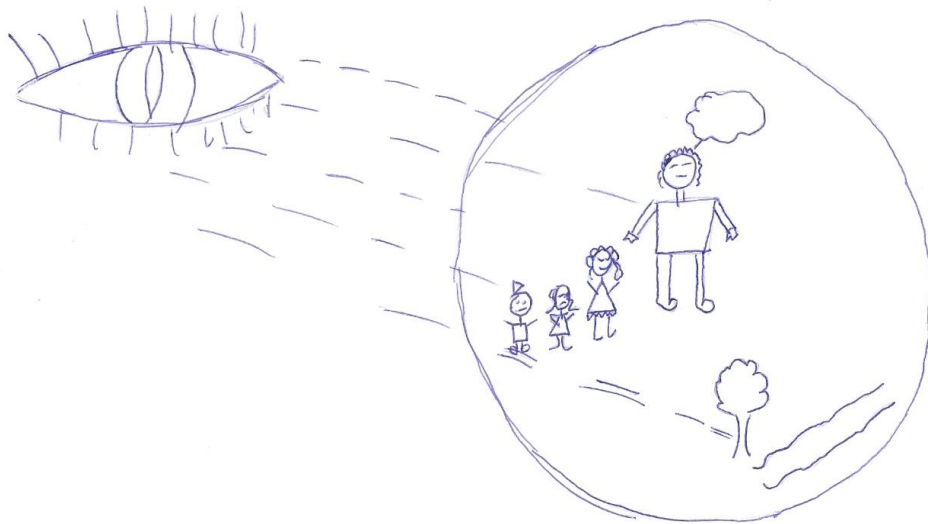
Integralidade $\rightarrow$ é uma garantia do diálogo entre sujeitos ao promoverem a saúde. A sustentação para que a mesma ocorra senta-se na conscientização das pessoas já que requer compromisso e ética em prol de um cuidado particular e singular. É ~~uma~~ também, um princípio do SUS sendo necessário a ^{pré}vidência no ensino do serviço para a sua efetividade, ~~uma~~

Para tal, aprender alguns elementos são imprescindíveis como: humanização, rede multiprofissional, cotidiano social complexo e contraditório e possível de transformação.



E)

Q que é integralidade para mim?



F)

