

MARGARETE DE CASTRO

**CONCEPÇÕES SOBRE CUIDADO INTEGRAL EM
SAÚDE NO CURSO DE ENFERMAGEM DA UFMT**

CUIABÁ

2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARGARETE DE CASTRO

CONCEPÇÕES SOBRE CUIDADO INTEGRAL EM
SAÚDE NO CURSO DE ENFERMAGEM DA UFMT

CUIABÁ

2010

MARGARETE DE CASTRO

**CONCEPÇÕES SOBRE CUIDADO INTEGRAL EM
SAÚDE NO CURSO DE ENFERMAGEM DA UFMT**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Mato Grosso como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem

Área de Concentração: Processos e
Práticas em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Wilza Rocha Pereira

CUIABÁ

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

C355c Castro, Margarete de.

Concepções sobre cuidado integral em saúde no curso de enfermagem da UFMT / Margarete de Castro. – 2010.
106f. ; 30 cm. -- (inclui mapas e tabelas)

Orientadora: Wilza Rocha Pereira.

Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

1.Cuidados de enfermagem. 2. Educação em Enfermagem.
3. Educação Superior. I. Título

CDU 616-083:378

MARGARETE DE CASTRO

**CONCEPÇÕES SOBRE CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE NO CURSO DE
ENFERMAGEM DA UFMT**

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 ____ de ____, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Dr^a Roseney Bellato
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Wilza Rocha Pereira
Presidente (Orientador)

Dr^a Jorcelina Elizabeth Fernandes
Membro Efetivo

Dr^a Cláudia Mara de Melo Tavares
Membro Efetivo

Dr^a Neuci Cunha
Membro Suplente

Dr^a Roselma Lucchese
Membro Suplente

**Cuiabá
2010**

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação:

A Deus por mais uma conquista;

*À minha mãe e a seu Hermes, que apesar das dificuldades
sempre me incentivaram a prosseguir nos estudos;*

*A meus sobrinhos James e Nathanny, que desde pequenos me
ensinaram a ser uma pessoa cada vez melhor;*

*Às eternas amigas e companheiras, Maria Nicolý e Meg, por
proporcionarem sempre momentos de alegria e descontração.*

AGRADECIMENTOS

O encontro com as palavras para produzir este estudo demandou tempo, amadurecimento, leituras, reflexões, muitos momentos de recolhimento e a disponibilidade de muitas pessoas queridas, cada um que, à sua maneira muito contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal. Provavelmente o meu agradecimento ficará aquém do carinho que recebi nessa fase. Espero que todos compreendam meus limites para expressar ideias e sentimentos.

À professora Dra. Wilza Rocha Pereira, Minha orientadora, pelos ensinamentos, pela sabedoria com que me conduziu nesta investigação, a quem devo grande parte dos conhecimentos adquiridos ao longo desses anos;

A sua família, Nogu - mãe, Rodrigo – filho e Conceição, pelo carinho com que sempre me acolheram. Vocês continuarão fazendo parte dos momentos mais importantes de minha vida!

A Professora Margarida de Castro, que compartilhou comigo não só a revisão de texto, mas o anseio de melhorar o que fazíamos sempre com muito carinho e apreço;

A todos os docentes da Faculdade de Enfermagem da UFMT, que me proporcionaram um ótimo ambiente de

estudo, e que, direta ou indiretamente, contribuíram para o bom andamento do trabalho;

Ao Marildo, pela sua eterna presença junto à minha família nos momentos em que estive distante do meu lar. Marildo, não há palavras que expressem o quanto você é especial para mim!

A Samia Hassan, bolsista PIBIC, que me ensinou a ser tolerante nos momentos de angústias;

A Etiene Belique, amiga inseparável, pela companhia, nos momentos de aflição;

A todos os discentes do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFMT, especialmente àqueles que participaram do nosso estudo;

A Madalena, Técnica do Laboratório de Enfermagem, pela sua colaboração na nossa pesquisa;

A todos os demais amigos da Faculdade de Enfermagem da UFMT, meu muito obrigada;

À Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso, pela Política de Qualificação Profissional, que permitiu desenvolver este estudo;

Ao Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, pela minha liberação para o estudo;

Ao CNPq, pelo apoio financeiro.

EPÍGRAFE

"Educar e educar-se, na prática da liberdade, é tarefa daqueles que pouco sabem - por isto sabem que sabem algo e podem assim chegar a saber mais - em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais" (Paulo Freire).

CASTRO, Margarete. Concepções sobre cuidado integral em saúde no curso de enfermagem da UFMT. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem, UFMT, Cuiabá. P.106 Orientadora: Prof^a.Dr^a. Wilza Rocha Pereira.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, cujo objetivo foi compreender as concepções sobre cuidado integral de docentes e discentes do Curso de Enfermagem da UFMT. Partimos do pressuposto de que o cuidado integral pode ser uma referência teórica para analisar boas práticas pedagógicas em enfermagem. Como queríamos entender quais eram as concepções dos docentes e discentes do curso estudado sobre a temática, fizemos, inicialmente, um quadro conceitual sobre cuidado integral em saúde para, posteriormente, analisar como se aproximam ou se distanciam estas concepções entre o que está dado como um ideal de cuidado integral, e o real, que emergiu das experiências concretas de ensinar e aprender sobre o cuidado dos sujeitos do estudo. Participaram do estudo 12 docentes e 24 discentes do curso de enfermagem estudado. O critério para inclusão dos docentes foi ser enfermeiro por formação e ser do corpo de docentes permanentes da faculdade. Para a inclusão dos discentes, foi estar regularmente matriculado no curso e aceitar participar da pesquisa. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista aberta e individual. Todos os preceitos éticos foram respeitados e o projeto foi aprovado pelo CEP/HUJM. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, na modalidade definida como análise temática. Os resultados permitem afirmar que o processo de ensinar o cuidado integral em enfermagem dá-se frente a muitos limites espaciais, materiais, normativos, entre outros. Estes limites, ora se encontram no espaço pedagógico ora nos espaços onde se realizam as práticas de ensino. No encontro entre quem ensina, quem aprende e quem recebe o cuidado, a dinâmica é sempre singular para os sujeitos que interagem, mas é nela que o professor exerce um papel fundamental para o processo de formação em enfermagem. É o docente quem cria os elementos teóricos, as situações de

cuidado e é ele quem pensa as estratégias pedagógicas que permitem e facilitam, através do processo de cuidar do outro, que o discente crie identidade com a enfermagem e seu objeto de interesse, o cuidado ao ser humano. Pudemos perceber nos resultados que, ao longo do curso, as percepções dos discentes sobre cuidado integral vai mudando e se aprofundando, mas que isso depende, sobretudo, das formas como os docentes pensam e organizam o processo de ensino e as práticas de campo, e como oferecem oportunidades para os discentes refletirem sobre o cuidado integral em saúde. Concluímos que, no cotidiano do processo educativo, as concepções sobre o cuidado integral são continuamente reelaboradas e mesmo re-significadas pelos sujeitos que aprendem a cuidar, mas que esse processo de compreensão exige a mediação constante do sujeito que ensina, o docente enfermeiro, já que esse processo não ocorre, segundo os discentes que participaram do estudo, quando a formação do docente é em outra área que não a enfermagem.

Descritores: Cuidados de enfermagem, Educação em enfermagem, Educação Superior.

CASTRO, Margarete. Concepciones sobre el cuidado integral en salud del curso de enfermería de la UFMT. 2008. Disertación (Maestría en enfermería) - Curso de Pos-Graduación en Enfermería. Universidad Federal de Mato Grosso. Facultad de Enfermería, UFMT, Cuiabá. P.106

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Wilza Rocha Pereira.

RESUMÉN

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio con un abordaje cualitativo, cuyo objetivo es comprender la concepción sobre el cuidado integral de docentes y discentes del Curso de Enfermería de la UFMT. Partimos del presupuesto de que el cuidado integral puede ser una referencia teórica para analizar buenas prácticas pedagógicas en enfermería. Queriendo entender cual era la concepción de docentes y discentes del curso estudiado sobre la temática, hicimos inicialmente un cuadro conceptual sobre el cuidado integral en salud para, posteriormente, analizar cómo se aproximan o se distancian estos conceptos entre lo que está considerado como un ideal de cuidado integral, y lo real, que emergió de las experiencias concretas de enseñar y aprender sobre el cuidado de los sujetos de estudio. Participaron del estudio 12 docentes y 24 discentes del curso de enfermería estudiado. El criterio para inclusión de los docentes se basó en ser enfermero por formación y ser del cuerpo de docentes permanentes de la facultad. Sin embargo, para la inclusión de los discentes, se estableció estar regularmente matriculado en el curso y acreditar participar de la pesquisa. La técnica utilizada para la colecta de datos fue la entrevista abierta e individual. Todos los preceptos éticos fueron respetados y el proyecto fue aprobado por el CEP/HUJM. Los datos fueron analizados a través del análisis, en la modalidad definida como análisis temática. Los resultados permiten afirmar que el proceso de enseñar el cuidado integral en enfermería se enfrenta a muchos límites, espaciales, materiales, normativos, entre otros. Estos límites pueden encontrarse en el espacio pedagógico como en el espacio donde se realizan las prácticas de enseñanza. Ante el encuentro de quien enseña, quien aprende y quien recibe el cuidado, la dinámica es siempre singular para los sujetos que interactúan, y es en ésta en la que el profesor ejerce un papel fundamental para el proceso de formación en enfermería. Es el docente quien crea

los elementos teóricos, las diferentes situaciones de cuidado y es él quien piensa en estrategias pedagógicas que permiten y facilitan, a través del proceso de cuidar del otro, que el discente críe una identidad con la enfermería y un objeto de interés; “el cuidado al ser humano”. En los resultados nos damos cuenta de que, a lo largo del curso, las percepciones de los discentes sobre el cuidado integral va cambiando y profundándose, dependiendo todo esto sobremanera de las formas de cómo los docentes piensan y organizan el proceso de enseñanza y las prácticas de campo además de cómo ofrecer oportunidades a los discentes de reflexionar sobre el cuidado integral en salud. Concluimos que, en el cotidiano del proceso educativo, las concepciones sobre el cuidado integral son continuamente reelaboradas y sin duda, re-significadas por los sujetos que aprenden a cuidar, sin dejar que ese proceso de comprensión exija la mediación constante del sujeto que enseña; “el docente enfermero”, ya que ese proceso no ocurre, según los discentes que participaron del estudio, cuando la formación del docente es en otra área que no sea la de enfermería.

Descriptores: Cuidados de enfermería, Educación en Enfermería, Educación Superior.

CASTRO, Margarete. Conceptions about health integral care in the UFMT nursing course. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem, UFMT, Cuiabá. P.106
Orientadora: Prof^a.Dr^a. Wilza Rocha Pereira.

ABSTRACT

It is a descriptive and exploratory study using the qualitative approach, whose aim was to understand the conceptions about integral care of teachers and students of the UFMT Nursing Courses. We assumed that the integral care can be a theoretical reference to analyze good pedagogical practices in nursing. As we wanted to understand the conceptions of teachers and students of this course about the topic, we at first prepared a conceptual chart about health integral care, to later analyze how these conceptions get closer or more distant between what is considered as an ideal of integral care, and the real, that emerged from the concrete experiences of teaching and learning about the care of the subjects that participated of the study. Twelve teachers and 24 students of the Nursing course participated of the study. The criterion used for the inclusion of the teachers was to be graduated in nursing and belong to the permanent faculty members of the university. For the inclusion of the students, they had to be regularly enrolled in the course and accept to participate in the research. The technique used for data collection was that of the open and individual interview. All the ethic precepts were respected and the project was approved by the CEP/HUJM. Data were analyzed through the content analysis, in the modality defined as thematic analysis. The results show that the process of teaching the integral care in the nursing course occurs with a lot of spatial, material, normative limits, among others. These limits are sometimes in the pedagogical space and sometimes in the spaces where the teaching practices happen. In the meeting between who teaches, who learns and who receives the care, the dynamics is always singular for the subjects that interact, but it is in it that the teacher plays an important role for the process of the preparation of nurses. It is the teacher that creates the theoretical elements, the care situations and it is he who thinks about the pedagogical strategies that permit and facilitate, through the process of caring for others, that the students create an identity with the nursing and their object of

interest, the care towards the human being. We could see in the results that, during the period of the course, the students' perceptions about integral care change and deepen, but this depends mainly on the ways how teachers think and organize the teaching process and the field practices and how they offer opportunities for the students to reflect about the health integral care. We conclude that in the daily educational process, the conceptions about the integral care are continuously re-elaborated and even given a new meaning by the subjects that learn to care, but this understanding process demands a constant mediation of the subject that teaches, the nurse teacher, since this process does not occur, according to the students that participated of the study, when the teacher`s qualification is in another area that is not nursing.

Key-words: Nursing care, Nursing Education, Higher Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

IES – Instituição de Ensino Superior

SESu – Secretaria de Ensino Superior

MEC – Ministério da Educação

SENADens - Seminários Nacionais de Diretrizes para Enfermagem

ABEn -Associação Brasileira de Enfermagem

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

PPP/Enf - Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

EEDNSP - Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública

CFE – Conselho Federal de Educação

UC – Unidades Curriculares

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

Unic – Universidade de Cuiabá

UNEMAT – Universidade do Estado de Mato Grosso

CNE – Conselho Nacional de Educação

CES – Câmara de Educação Superior

CONSEPE – Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão

UNIVAG – Centro Universitário de Várzea Grande

UNIRONDON – Centro Universitário

PROUNI – Programa universidade para Todos

FAEN/UFMT – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Estado de Mato Grosso

FAEN – Faculdade de Enfermagem

FEN – Faculdade de Enfermagem e Nutrição

REUNI – Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

Dinter – Doutorado Interinstitucional

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

FAPEMAT – Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Mato Grosso

CCBS – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior

ENADE – Exame Nacional de desempenho dos estudantes

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

HUJM – Hospital Universitário Júlio Müller

CONEP – Conselho Nacional de Pesquisa

Humaniza SUS – Programa Nacional de Humanização

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO ESTUDO	21
2 OBJETIVO GERAL DO ESTUDO.....	29
3 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	31
3.1 Aspectos Históricos, Sociais e Políticos sobre o Ensino de Enfermagem no Brasil.....	31
3.2 A formação em enfermagem no Estado Mato Grosso: O curso de Graduação em Enfermagem da UFMT	43
3.3 O cuidado integral como uma referência conceitual para pensar práticas pedagógicas em enfermagem.....	49
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO	59
4.1 Tipo de Estudo.....	59
4.2 Local do estudo: um breve histórico do curso de enfermagem da UFMT	60
4.3 Sujeitos do estudo	64
4.4 Procedimentos e Técnicas para coleta de dados.....	65
4.5 Procedimentos para análise dos dados	67
4.6 Aspectos éticos – legais do estudo.....	69
5 ANÁLISE DOS DADOS	71
5.1 As Concepções dos docentes de enfermagem sobre o cuidado integral no curso estudado	71
5.2 As Concepções dos discentes de enfermagem sobre o cuidado integral no curso estudado.....	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	95
<i>Apêndices</i>	102
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	103
APÊNDICE 02 - ROTEIRO DE TEMAS PARA APROFUNDAR NAS ENTREVISTAS COM OS DOCENTES	104
APÊNDICE 03 - ROTEIRO DE TEMAS PARA APROFUNDAR NAS ENTREVISTAS ABERTAS COM OS DISCENTES.....	105

APÊNDICE 04 - FICHA DE REGISTRO DAS ENTREVISTAS POR ÁUDIO	
.....	106
<i>Anexo</i>	107
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – HUJM.....	108

1 Introdução, justificativa e objetivo do estudo

1 INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO ESTUDO

Com a aprovação da Constituição Federal no ano de 1988, grandes transformações se iniciaram no campo da saúde e da educação. A chamada Constituição cidadã trouxe em seu Artigo 196 a afirmação da Saúde como um direito fundamental do cidadão e dever do Estado e o mesmo se estendeu à Educação. Nosso objeto de estudo, o cuidado integral e seu ensino em um Curso de Enfermagem, situa-se entre estes dois marcos, a saúde e a educação.

A partir da promulgação da Constituição de 1988, vários movimentos se intensificaram para estimular a renovação do sistema de saúde no Brasil. Esta veio com a Lei Orgânica n. 8080, aprovada em 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no país. O SUS desde a sua criação passou a ser continuamente questionado e, por isso, vem também sendo constantemente aperfeiçoado.

Na educação o processo de institucionalização do sistema ocorreu mais tardiamente. Somente oito anos após a aprovação da Constituição Federal, foi publicada, em 23 de dezembro de 1996, no Diário Oficial da União a Lei n. 9.394, que estabeleceu a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Essa lei trouxe em seu texto as diretrizes gerais para se repensar a educação e se reorganizar o ensino em todos os níveis em todo o país. Ela impôs novas formas de pensar e de agir no meio educativo e trouxe grandes “responsabilidades para as Instituições de Ensino Superior – IES, docentes, discentes e sociedade” (GALLEGUILLLOS, OLIVEIRA, 2001, p. 85).

Em 1997, o Ministério da Educação (MEC), por intermédio da Secretaria da Educação Superior (SESu), convocou todas as Instituições de Ensino e também as associações profissionais interessadas, para discutir, elaborar e apresentar novas propostas visando à criação de novas Diretrizes Curriculares para todos os cursos superiores. Tal convocação desencadeou, na nossa área, um movimento organizado que resultou na realização de vários seminários, onde se discutiu amplamente as novas diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil. Estes seminários denominados Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação no Brasil – (SENADEns), foram promovidos pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e seu objetivo geral foi discutir e estabelecer as diretrizes gerais para a educação em enfermagem, articulando os diversos níveis de

formação. Esse movimento aconteceu a partir da promulgação da LDB de 1996 (GALLEGUILLLOS, OLIVEIRA, 2001).

Medeiros, Tipple e Munari (1999), afirmam que a história não é linear, e que seus fatos nunca acontecem de maneira isolada, mas sempre inseridos em um amplo contexto, onde o social, o político e o econômico se entrecruzam e se influenciam. Por isso, ao definirmos nosso objeto de estudo, vimos a necessidade de resgatar vários destes elementos, ou fatos, como diriam aqueles autores, para melhor compreender como a educação em enfermagem se constituiu, tanto na sua história, como nos aspectos sociais e políticos.

Para a compreensão dessa construção fomos buscar apoio da literatura na área. Neste processo pudemos melhor entender quais foram os movimentos e seus elementos que, direta ou indiretamente, estiveram relacionados com a evolução do ensino da Enfermagem no nosso país. O curso de enfermagem, onde realizamos nosso estudo, faz parte, desde o seu nascimento, de um amplo contexto histórico, social, político e econômico bem definido, que ocorreu ao longo dos anos 70 e que respondia as necessidades de aumentar, em pouco tempo e de forma significativa, o contingente de recursos humanos para a saúde e também a uma melhor distribuição desse pessoal em todo o país. Foram criados, então, 10 cursos de enfermagem em várias universidades federais distribuídas por várias regiões do país, e o da UFMT foi um deles.

Mas outras transformações importantes ocorreram no contexto da saúde no nosso país, que repercutiram no processo de formação na área, e a maior foi, sem dúvida, a criação da legislação que permitiu a criação do SUS, em 1988. Este sistema robusto veio impor novas necessidades ao processo de formação e todas as diretrizes curriculares para a área da saúde expõem claramente que todos os cursos devem formar enfermeiros para atuar no SUS. Essa também é a finalidade descrita no Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem da UFMT (PPP/Enf/1996), criado em 1996 e ainda vigente. No PPP/Enf/1996 há uma forte valorização da formação para integralidade do cuidado no contexto do SUS.

São princípios do SUS: a integralidade, a equidade e a universalidade do acesso. A integralidade é um dos princípios do SUS que focalizaremos neste trabalho, pelo avanço que ela impõe ao sistema formador de recursos humanos em saúde. A integralidade na assistência é entendida, na lei 8080/1990, que instituiu o SUS, 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, 1990, p. 4)

Como queríamos entender quais eram as concepções de cuidado integral entre os docentes e os discentes do curso de enfermagem da UFMT, fomos em busca de literatura para melhor compreender como se conceitua o cuidado integral em saúde para, posteriormente, ver como se aproximam ou se distanciam estas concepções entre o que está dado como um ideal de cuidado integral, e o real, que emergiu das experiências de cuidar dos sujeitos do estudo. Sabemos que no cotidiano do processo educativo estas concepções são continuamente reelaboradas e mesmo re-significadas pelos sujeitos que ensinam e pelos que aprendem a cuidar.

O processo de ensinar o cuidado integral em enfermagem dá-se frente a muitos limites, mas também estes mostram que há novas possibilidades de cuidar de forma integral do ser humano, e, nessa materialização que ocorre no encontro entre quem ensina, quem aprende e quem recebe o cuidado, a dinâmica é singular para cada momento e para os sujeitos que interagem. Estes podem dar novos sentidos e enriquecer o processo ou, ao contrário, podem também empobrecer o sentido do que seja cuidar integralmente.

As concepções dos diferentes sujeitos sobre cuidado integral interferem de maneira significativa no processo educativo e, como observamos ao longo da análise, podem interferir nas concepções dos sujeitos egressos no curso estudado. Quanto mais se pratica o cuidado e, conjuntamente, se reflete sobre ele, mais forte é a cultura que se deseja ampliar e consolidar no mundo da saúde: que este seja um espaço de cuidado integral ao ser humano.

Ao trabalharmos para fazer o recorte do nosso objeto de estudo, pela importância do cuidado integral e das concepções que nos interessavam captar sobre ele, abrimos um espaço para trazer as diferentes concepções sobre cuidado integral em saúde na literatura mais recente na enfermagem e na saúde.

Conseguimos, neste exercício de compreender o cuidado integral e fazer um diálogo deste com o processo educativo, a delimitação mais clara do nosso objeto de estudo. Traçamos em seguida, com maior clareza, o objetivo geral do trabalho, que é *compreender as concepções sobre cuidado integral entre os docentes e discentes de vários semestres do curso de enfermagem da UFMT*.

O ser humano é quem dá sentido à prática social da enfermagem. Todo o aprendizado que ocorre ao longo do curso mostra que esta prática está

voltada para o cuidado direto ou indireto ao ser humano. Ensina-se, pois, que o cuidado é o objeto primeiro da enfermagem e que ele deve ser ensinado aos futuros enfermeiros. Essa ênfase no cuidado está explicitada no projeto pedagógico do curso e, por isso, a problematização sobre o cuidado é parte desta nossa pesquisa.

Nesse sentido elaboramos as nossas perguntas de pesquisa, que foram:

a) Quais as concepções sobre cuidado integral dos discentes e docentes de enfermagem no curso estudado?

b) Há uma valorização e uma clareza, pelos sujeitos do estudo, de que o cuidado integral ao ser humano é um eixo fundamental no processo do ensinar no curso estudado?

Para nos aproximarmos dos sujeitos do estudo, os docentes e discentes de enfermagem, elaboramos algumas questões e, como técnica de coleta de dados utilizamos a entrevista. Todos os sujeitos do estudo foram convidados a falar sobre as suas concepções acerca do cuidado integral. Os docentes foram convidados a falar especialmente sobre como pensam e executam o processo de ensino, e ainda como acreditam que valorizam o cuidado integral neste processo. Os discentes foram, por sua vez, convidados a expor o seu processo de aprendizado sobre o cuidado e também como compreendiam o que é cuidar, como se cuida e como se ensina o cuidado integral no curso estudado.

Nossas reflexões, ao construir nosso objeto de estudo e a análise dos dados coletados em campo, seguiram uma lógica, na qual tentamos responder às perguntas de pesquisa feitas inicialmente, assim traduzidas: o modo como as práticas de ensino vêm sendo desenvolvidas pelos docentes de enfermagem na formação do enfermeiro na realidade estudada dá destaque/evidenciam o cuidado integral ao ser humano, como o centro e objeto do ensino de enfermagem no curso de enfermagem da UFMT?

Para responder às nossas questões de forma compreensível, depois de organizar os dados, iniciamos o processo de análise e chegamos a dois grandes temas ou categorias, quais sejam:

a) As concepções dos docentes de enfermagem sobre o cuidado integral no curso estudado;

b) As concepções dos discentes de enfermagem sobre cuidado integral no curso estudado.

No mesmo movimento de abordar as concepções sobre cuidado integral, já fomos inserindo algumas das formas como emergiu o cuidado na operacionalização cotidiana do ensino, ou seja, nas práticas pedagógicas de seus docentes. Realçamos que esse movimento está inserido no mesmo onde identificamos as concepções e não desligado dele, assim, as práticas pedagógicas vêm inseridas nas falas dos sujeitos do estudo, pois elas retratam muito do que o docente realiza no cotidiano de ensino e o que o discente vive como sujeito da aprendizagem.

A educação em enfermagem, aqui, será compreendida como um conjunto complexo onde se somam as atitudes, os conteúdos, as práticas pedagógicas teóricas e as atividades de práticas de cuidado, as relações que se dão entre os sujeitos que ensinam e os sujeitos que aprendem a cuidar. Trata-se, portanto, de um universo amplo, onde o ensino tem apenas um significado, e este é menor que a educação, mas nele é que estão inseridas as práticas pedagógicas que vão se materializar no cuidado integral ao outro. Assim vamos falar mais frequentemente de ensino de enfermagem, por entendê-lo mais delimitado, teoricamente, que a educação.

Formamos profissionais enfermeiros que, ao sair da faculdade, terão a legitimidade para cuidar e intervir no corpo biológico e no corpo social, profissionais que precisam saber promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde humana. Além disso, os egressos profissionais também irão interagir com outros profissionais para cuidar do entorno social, nos diversos cenários de práticas onde se encontram essas pessoas e onde ocorre o encontro dos sujeitos que cuidam com o que por eles são cuidados.

Este é o universo da saúde e, nesta dissertação que desenvolvemos, falamos desde o universo da educação, onde formamos sujeitos para atuar no mundo da saúde. São mundos diferenciados, com finalidades e sentidos diversificados. O cuidado é ensinado, ou seja, está em processo de aquisição pelos sujeitos do aprendizado em enfermagem, ou seja, estes não são sujeitos 'prontos' para exercer essa atividade. Os sujeitos que ensinam o cuidado seriam, teoricamente, preparados, estão prontos para o cuidado ao outro, mas, no contexto pedagógico, precisam ter clareza de que ensinam, e que este é o seu objeto de prática, a arte de ensinar a cuidar, que exige outras competências, diferenciadas e para além do mundo do cuidado em saúde.

O cuidado deve tornar-se, cada vez mais claramente, o objeto primeiro da enfermagem e isso precisa estar explícito tanto nos projetos pedagógicos dos cursos, ele deve permear o ensino quanto estar profundamente inserido na prática cotidiana dos enfermeiros, mas aos docentes compete primeiramente, ensinar o processo de cuidar, pois entre eles e o mundo do cuidado em saúde, há o aluno que está em processo de aprender.

Neste estudo consideramos como cuidado integral aquele que é concebido a partir de uma interação entre sujeitos mediada pela formação de vínculo, pela escuta atenta, pelo acolhimento, pela resolubilidade e responsabilização de um sujeito em relação ao outro que precisa de cuidados de saúde.

O cuidado integral é um conceito demasiado amplo quando pensado como uma totalidade mas que, na realidade concreta do ensino de enfermagem, essa amplitude é incorporada em gradações diversas que se concretizam em diferentes formas de cuidar do outro (PEREIRA et al., 2009).

Ações compreendidas como triviais ou de rotina para aqueles que as prestam podem se tornar valiosas para aqueles que as recebem. Os alunos muitas vezes se desdobram para prestar um bom cuidado, mas ainda não têm a clareza da dimensão dessa ação para quem a recebe e, por vezes, não sabe se aquela foi uma ação de cuidado ou uma ação apenas técnica. São os docentes que precisam evidenciar aos discentes se aquela ação foi uma ação de cuidado ou técnica, se ela comportou elementos que podem caracterizá-la como um cuidado integral ou não e, se não, como fazer para transformar uma ação técnica em uma ação de cuidado.

Esse processo de ressignificar a ação é importante para os discentes, pois ajudam o futuro enfermeiro a se aproximar do objeto primeiro da enfermagem e a aprender a valorizar ou mesmo de qualificar a sua ação de cuidado. Os discentes começam a perceber a polissemia que encerra a palavra cuidado no ato de cuidar, face a face com o sujeito que é cuidado. Mas muitas vezes é o docente que, através de uma ação analítica sobre o foi realizado, que ajuda o discente a interpretar sua ação.

O processo de cuidar é uma prática que se dá na interação com o outro e que ressignifica a cada momento, de acordo com a necessidade desse outro e dos instrumentos de que nós, enfermeiras, dispomos naquele instante (PEREIRA et al., 2009). Estes significados, à medida que atendem às necessidades

do outro que é cuidado, são a concretização de um cuidado sempre parcial do ponto de vista conceitual, mas que pode ser integral a partir da compreensão daquele que o recebeu. Para quem ensina a cuidar, parece ser impossível cuidar integralmente quando ainda se é aluno, um mero aprendiz, sempre terá dúvidas se o que fez foi realmente um cuidado integral ou apenas mais uma ação de enfermagem.

Pensar em cuidado integral implica valorizar essas diferentes gradações, pois a amplitude que o cuidado integral comporta conceitualmente não pode ser totalmente incorporada nas nossas práticas cotidianas.

Mas vimos que, frente ao nosso objeto de estudo, ela pode nos dar importantes contribuições como referência para a avaliação e valorização do trabalho dos docentes e discernir o que são boas práticas de ensino em enfermagem e que isso pode ser feito com a colaboração do sujeito que aprende a cuidar, o aluno de enfermagem.

2 Objetivo geral do estudo

2 OBJETIVO GERAL DO ESTUDO

Compreender as concepções sobre cuidado integral de docentes e discentes do curso de enfermagem da UFMT.

3 A construção do objeto de estudo

3 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

3.1 Aspectos Históricos, Sociais e Políticos sobre o Ensino de Enfermagem no Brasil

Germano, (1985, p. 28-29), relata que a Enfermagem no Brasil veio “percorrendo ao longo dos anos uma trajetória pontilhada de dificuldades, refletindo em cada momento, o contexto histórico específico da sociedade brasileira”.

No período colonial, por exemplo, não havia algo que pudesse ser chamado de enfermagem, pois o que se fazia envolvia conhecimentos práticos e baseados nas crenças que circulavam em cada grupo social, diferenciando-se o cuidado de acordo com a origem social do grupo. Nesse mesmo período, os requisitos requeridos para sua prática se davam de forma simplificada exigindo-se das pessoas que cuidavam somente abnegação e espírito cristão.

Ainda não se podia falar em enfermagem, talvez em “pessoas práticas”, que ajudavam nos partos, as parteiras além de outras, como os barbeiros que extraíam dentes ou drenavam abscessos e faziam pequenas cirurgias em pessoas e animais. Essas práticas eram feitas de forma aleatória e sem um corpo de conhecimentos que lhes desse alguma “fundamentação em programa formal de aprendizado teórico e prático” (CAMPOS, 2008, p. 26). Não se podia também falar em ensino de enfermagem, mas apenas em passagem oral de alguns conhecimentos mais elementares em saúde.

No ano de 1543, surgiram as primeiras Santas Casas de Misericórdia no país com a finalidade precípua de abrigar os miseráveis e os órfãos. Paixão (1979, p. 103), relata que se tratava de um “tipo de casa de caridade comum em Portugal e, sob nomes diversos, em muitos outros países” que teria a mesma finalidade aqui no Brasil.

Germano (1985, p. 22) relembra também que, nessa época, o cuidado prestado aos doentes era executado pelos “jesuítas, religiosos, voluntários, leigos e escravos e baseado em conhecimentos exclusivamente empíricos”. Lembra ainda que às religiosas competia a “supervisão das atividades de

enfermagem” e também a execução da assistência de enfermagem aos doentes, tarefas que perduraram desde o Brasil Colônia até praticamente o início do século XX.

A inexistência de literatura específica dirigida à enfermagem ao longo desses quatro séculos, dificultou significativamente o avanço da qualidade das práticas. Havia um manual chamado “Guia do Enfermeiro” escrito em 1783 e que parecia ser o único livro consultado por aqueles que se dedicavam ao cuidado dos doentes e que sabiam ler, um fato raro naquela época.

Medeiros; Tipple; Munari (1999) consideram que entre os períodos de 1890 a 1950 vários acontecimentos delinearam os contornos da Enfermagem brasileira e estes tiveram reflexos nos posteriores. Estas autoras procuraram compilar estudos para aclarar determinadas questões que serviram para refletir sobre esta fase específica da história da Enfermagem e suas possíveis relações com o presente e com o futuro.

No início da República, foi criada a primeira Escola Profissional de Enfermagem no Brasil, a partir da promulgação do Decreto nº. 791, de 27 de setembro de 1890, junto ao Hospício Nacional de Alienados. Esta escola era destinada à preparação de enfermeiros e enfermeiras para atuar nos hospícios e hospitais civis e militares e foi inspirada no modelo da escola existente em Salpêtrière, na França.

Nesse mesmo ano, o Hospício Nacional dos Alienados havia sido passado para o controle direto do novo Governo Republicano e diante da necessidade da capacitação de pessoal para realizar os cuidados de enfermagem, nasceu a primeira Escola de Enfermagem no país em 1890. Era denominada Escola Alfredo Pinto e se localizava dentro do próprio hospício. Embora fosse uma Escola Profissional de Enfermagem e destinada à formação de enfermeiros e enfermeiras, a direção e o corpo docente desta eram compostos por “médicos e psiquiatras daquela Instituição” (GERMANO, 1985, p. 27).

Paixão (1979 p. 121) relata alguns fatos que levaram o Governo Republicano, naquela época, a criar a primeira Escola de Enfermagem na área da psiquiatria;

- Em 1814 foi fundado o Hospício Nacional dos Alienados;

- Em 1831 a Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro protestou, pela primeira vez, contra o tratamento bárbaro dado aos alienados;
- O elevado número de doentes mentais é constatado pelas várias instituições e colônias para psicopatas que vão sendo criadas a partir de 1850, especialmente nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais;
- Todas estas instituições psiquiátricas apresentavam uma grande lacuna: a enfermagem;
- Todavia seus dirigentes, psiquiatras de renome na época, começaram a se preocupar com a qualidade da assistência de enfermagem.

Para Germano (1985, p.27), a criação dessa escola;

[...] deveu-se ao fato de terem as irmãs de caridade, responsáveis pela enfermagem, deixado o hospital por incompatibilidade com a nova direção interina que passou a cercear muitas de suas atribuições.

Isto tornou a força de trabalho daqueles profissionais insuficiente para o exercício das atividades exigidas naquela época. Nesta escola, o ensino teórico e prático era ministrado no próprio hospício e os alunos permaneciam durante o curso em internato obrigatório. Essa modalidade de ensino não tinha caráter formal (programa formal de ensino) e o conhecimento das alunas não era valorizado pelo desempenho do aprendizado intelectual, ficando restrito apenas ao cumprimento das tarefas diárias relacionadas à assistência, mas com prioridade para as atividades de limpeza e higiene do ambiente.

Em contraposição a essa ideia do trabalho da enfermagem centrado no ambiente, surge na cidade de São Paulo, em 1901-02 no Hospital Evangélico, atual Hospital Samaritano, um curso de Enfermagem para estudantes recrutadas de famílias estrangeiras da região sul do país, com características do sistema inglês, inclusive ministrado nesse idioma, com o objetivo precípua de preparar pessoal para essa instituição hospitalar, uma vez que a mesma pretendia adequar o seu atendimento às exigências requeridas pelos pacientes estrangeiros.

A partir das repercussões da 1ª Guerra Mundial (1914 - 1918), há um deslocamento da ideia relacionada ao trabalho da enfermagem que, naquela época, privilegiava o cumprimento das tarefas diárias, como atividades de limpeza e higiene do ambiente, passando a atender o corpo da pessoa doente, o que levou a

Cruz Vermelha Brasileira a tentar desenvolver curso de enfermagem com a finalidade de preparar voluntários para as emergências de guerra. Com o movimento mundial em torno da melhoria da assistência prestada aos feridos, foi criada, no ano de 1916, na cidade do Rio de Janeiro, a Escola da Cruz Vermelha Brasileira (Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha), subordinada ao Ministério da Guerra, visando tanto à melhoria da assistência aos feridos da Primeira Grande Guerra Mundial como também à formação de enfermeiras, cuja duração era de apenas dois anos.

Porém, é de suma importância ressaltar que no Brasil, a idéia do deslocamento do cuidado da enfermagem, centrado na higiene e limpeza do ambiente, para o corpo da pessoa doente, acredita-se ter sido fortemente influenciada pelo resultado obtido no tratamento dado aos soldados feridos na guerra em 1854, na Inglaterra, onde os países integrados pela França, Inglaterra e a Turquia, declararam guerra à Rússia, a chamada guerra da Criméia. Foi nessa missão que Florence Nightingale conseguiu aplicar seus conhecimentos de enfermagem e, com êxito, baixar de 40% para 2% o índice de mortalidade dos soldados causada por infecção.

Essas repercussões mundiais em torno do cuidado prestado aos feridos na guerra levaram o Brasil a pensar a formação de enfermagem não mais voltada apenas para as atividades de limpeza e higiene do ambiente, mas sim, às ações do cuidado voltado para o corpo da pessoa doente.

Ao final do século XIX e início do século XX, as doenças infecto-contagiosas trazidas pelos europeus e pelos escravos africanos, começam a propagar-se rápida e progressivamente comprometendo a saúde da população nas cidades de maiores aglomerações. A crescente epidemia da febre amarela no Rio de Janeiro e as constantes ameaças de corte nas relações comerciais por parte dos países que negociavam com o Brasil, levaram o governo brasileiro a sanear os seus portos, favorecendo a economia do país, quando “o governo brasileiro convidou o sanitarista Oswaldo Cruz para controlar a febre amarela no Rio de Janeiro e lançou-se numa campanha conseguindo em quatro anos controlar a doença” (GERMANO, 1985, p.29).

Mais tarde, a Reforma Carlos Chagas (1920), numa tentativa de reorganização dos serviços de saúde cria o Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão que, durante anos, exerceu ação normativa e executiva das atividades de Saúde Pública no Brasil.

Carlos Chagas, Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública – (DNSP), tomou conhecimento do trabalho realizado pelas enfermeiras americanas no padrão requerido pelo modelo nightingaliano, e acreditando ser este o profissional necessário para a estratégia sanitária do governo brasileiro solicitou auxílio à International Health Board para criar serviço semelhante no Brasil.

Foi pela ação conjunta dos Estados brasileiro e norte-americano, que a estruturação da enfermagem profissional foi implantada no país durante a década de 1920, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública - EEDNSP, (Decreto nº. 15.799 de 10/11/1922) que se constituiu na primeira Escola brasileira a atender conforme os padrões nightingalianos. Segundo Germano, (1985, p. 35), o surgimento da Enfermagem moderna no Brasil nasceu num “processo de transposição do modelo americano para a América Latina” com base no modelo ‘nightingaliano’ após 63 anos de sua existência na Inglaterra e sob a égide da Saúde Pública.

No Brasil, a partir dessa Escola, as enfermeiras norte-americanas que aqui chegaram solicitadas pelo então sanitário Carlos Chagas foram as responsáveis pela implantação e estruturação do ensino de enfermagem no país. Ethel Parsons e Clara Louise Kienninger assumiram a direção e o corpo docente passou a ser composto por enfermeiras, que conferiram à escola alto nível educacional. Pela sua organização foi considerada modelo “padrão” para todo o país, conforme estabelece o Decreto n. 20.109/31 da Presidência da República.

A organização do curso da referida escola, inicialmente tinha a duração de vinte e oito meses, passando para trinta e dois meses, e um dos requisitos exigidos do candidato para ingresso era a conclusão do curso normal ou equivalente, diferenciando-se das exigências requeridas pelas escolas da Cruz Vermelha e Alfredo Pinto que, para o aluno ingressar no curso, deveria ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever corretamente, conhecer aritmética elementar e apresentar atestados de bons costumes.

O Artigo 400 do Decreto 16.300/23 estabelecia a duração do curso em dois anos relativos à parte geral e mais quatro meses à parte especializada que era constituída pelas habilitações enfermagem e obstetrícia, enfermagem médica cirúrgica e enfermagem em saúde pública.

Os quatro primeiros meses do curso constituíam-se de estágios, fundamentalmente de instrução teórica, mas com experiência em enfermagem. As alunas usavam o uniforme regulamentar da própria escola, podiam residir em

edifício anexo ao hospital e tinham direito a alimentação, lavagem de roupa e uma gratificação (após a aceitação final como alunas). Além de cursar as disciplinas, as alunas deviam prestar serviço diário de oito horas no Hospital Geral de Assistência ou em outro estabelecimento de assistência.

O Decreto 16.300/23 instituiu a composição do currículo da Escola de Enfermagem do (DNSP), a saber;

Uma parte geral, da qual constavam 16 (dezesseis) disciplinas: princípios e métodos da arte de enfermeira; bases históricas, éticas e sociais da arte da enfermeira, anatomia e fisiologia, higiene individual; administração hospitalar; terapêutica; farmacologia e matéria médica; métodos gráficos na arte de enfermeira; física e química aplicadas; patologia elementar; parasitologia e microbiologia; cozinha e nutrição; área de enfermeira (nas várias clínicas); higiene e saúde pública; radiologia; campo de ação da enfermeira; e, problemas sociais e profissionais. Incluía ainda uma parte especializada constante de oito disciplinas: serviços de saúde pública; serviço administrativo hospitalar; serviço de dispensários; serviços de laboratórios; serviços de sala de operações; obstétrico; e, serviço pediátrico. (BRASIL, 1974).

A grande reforma do ensino de enfermagem no país aconteceu a partir do ano de 1949, com a vigência da Lei n. 775/49 e do Decreto n. 27.426/49, que uniformizaram o currículo para a formação de enfermeiros que passou a ter, oficialmente em nível nacional, duração de 36 meses (BRASIL, 1974).

Saupe, (1998, p.41), cita trabalho de Lanthier que em sua dissertação de Mestrado, relata as inovações implícitas no ensino de enfermagem a partir da Lei n. 775/49 e do Decreto n. 27.426/49 afirmando que;

Uma nova era parece marcar o ensino de campo da enfermagem, substituindo o enfoque dado, anteriormente, à aquisição de habilidades, através das repetições excessivas de um mesmo procedimento técnico, por uma atuação mais diferenciada ao paciente, considerado como um ser integral.

Germano (1985, p. 39) apresenta o contexto político em que o Parecer 775/49 baseou o currículo do curso de enfermagem daquela época;

Surge numa fase em que prevalecia um espírito político supostamente liberal, com um capitalismo que ainda não comportava a privatização da saúde de forma empresarial, privilegiando, por conseguinte, o estudo das doenças de massas, através das disciplinas ditas de área preventiva.

Essa nova era marcou profundamente o ensino de enfermagem em todo o território nacional. Ocorreu a reformulação dos critérios anteriormente exigidos para a entrada no curso, “dando-se o prazo de sete anos para o cumprimento deste dispositivo” (SAUPE, 1998, p. 39). Entre 1949 e 1956, todas as escolas “puderam continuar recebendo candidatos apenas com o curso ginasial completo, prazo prorrogado por mais cinco anos pela Lei n.2995/56” (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). O projeto de Lei n. 2684/60 tentou prorrogar o prazo novamente, no entanto, este foi rejeitado de forma unânime pelas escolas que já se preocupavam com o avanço da melhoria da qualidade do ensino, consequentemente com a qualidade da formação do profissional egresso.

Com a vinculação do atendimento à assistência Previdenciária voltada para assistência médica hospitalar, o Estado propõe a ampliação do número de escolas, exigindo a obrigatoriedade do ensino de enfermagem em todo centro universitário ou sede de medicina, além de definir um ensino voltado para a área hospitalar centrado no modelo clínico com aderência ao mercado de trabalho da época, invertendo o modelo de atenção em saúde, passando de saúde pública para a área hospitalar.

A partir do ano de 1961, encerrou-se a prorrogação do prazo estabelecido para todas as escolas não mais receberem candidatos ao curso, apenas com o secundário completo ou equivalente, atendendo à Lei 775/49. Por este novo enfoque de atenção à saúde, o currículo foi reformulado através do Parecer n. 271 de 19 de outubro de 1962, estabelecendo um curso geral e duas alternativas para especialização, sendo enfermagem em saúde pública e enfermagem e obstetrícia (BRASIL, 1974).

A partir dessas mudanças no contexto político educacional do país, o novo currículo do curso de enfermagem elaborado com base no Parecer n. 271/62;

Emerge num momento em que a economia brasileira começa a tender para um processo excludente e concentrador da renda e, dessa forma, coincidentemente a preocupação primordial do currículo de enfermagem incide agora sobre as clínicas especializadas, de caráter curativo. (GERMANO, 1985, p. 39).

Neste novo currículo, a “Saúde Pública, antes considerada tão básica já não aparece como disciplina obrigatória do currículo mínimo, mas como especialização, caso pretenda o aluno continuar os estudos após graduar-se” (GERMANO, 1985 p.39).

A partir da Lei 5.540/68, responsável pela Reforma Universitária no país, surgiram o Parecer 163/72 e a Resolução 04/72 do Conselho Federal de Educação, que permitiram a elaboração de um currículo voltado para o modelo hegemônico centrado em práticas curativas, alicerçado no referencial biologicista, individualista e hospitalocêntrico, marcado por uma visão tecnicista da saúde e caracterizado, sobretudo, pelas habilitações da Enfermagem em médico-cirúrgica, enfermagem e obstetrícia e enfermagem em saúde pública.

Para Germano (1985, p. 40), o Parecer nº.163/72 enfatizava “a necessidade de o enfermeiro dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica”, uma vez que a profissão médica passou a necessitar de uma enfermagem também especializada para, juntas, atuarem na assistência curativa.

Silva, (1989 p. 84), afirma que esse novo currículo “acarretou, na prática das enfermeiras, uma divisão de trabalho mais adequada a uma era de especialistas”, reforçando a fragmentação do trabalho, consequentemente do conhecimento.

Almeida, Rocha (1986, p. 70) ao falarem sobre o processo de trabalho na enfermagem, afirmam que esta apresenta uma divisão técnica do trabalho e a “prática é parcelada em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes, cabendo também esta execução parcelada a diferentes agentes” que compõem a categoria.

Essa divisão do trabalho da enfermagem vem acompanhada também da divisão social que, segundo Paixão (1979, p. 129), “Florence Nightingale, previa dois tipos de formação profissional: os das supervisoras superintendentes dos serviços e os das enfermeiras para o serviço direto dos

doentes”, aquelas denominadas lady nurses, que pertenciam à classe social mais elevada e tinham maior nível cultural, maior conhecimento técnico científico e administrativo, responsáveis pela supervisão das atividades das nurses, estas, detentoras de menor conhecimento e pertencentes à classe social elementar.

Almeida, Rocha (1986, p. 70) afirmam que a divisão técnica do trabalho da enfermagem;

Teve suas raízes na formalização dos treinamentos dos agentes de enfermagem, no século XIX, na Inglaterra, quando o hospital passa a ter objetivo de cura dos pacientes e os médicos passaram a ocupar aí espaço e a ter lugar privilegiado na estrutura do poder hospitalar.

A divisão técnica do trabalho da enfermagem marcou profundamente o processo de trabalho da mesma, que hoje é composta pelo enfermeiro, técnico e o auxiliar de Enfermagem. O Atendente de Enfermagem, após receber formação profissional ministrada pelo sistema formal de ensino, recentemente foi extinto da categoria.

Nas décadas de 70 e 90, surgiram movimentos para mudar a formação na enfermagem direcionando-a para necessidades sociais relativas às condições de saúde do país. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), desde a sua criação, manteve-se na luta pelo desenvolvimento do ensino de enfermagem no país, objetivando a construção coletiva de um projeto educacional que garantisse a saúde da população e passou a mobilizar em todo o país “docentes, discentes e profissionais dos serviços de saúde, com discussão sobre os currículos” (SAUPE, 1998, p. 61).

Bagnato e Rodrigues (2007, p. 509) comentam que;

[...] naquele momento, já foi possível identificar a penetração das idéias que circulavam mundialmente, como a extensão da cobertura da atenção primária, o que pode ter desencadeado as formulações internas defendendo medidas de cunho preventivo tanto na assistência como na formação.

O primeiro momento sobre a cobertura da atenção primária foi levantado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (URSS), entre os dias 06 e 12 de setembro de 1978, a primeira Conferência de grande porte que expressou a necessidade de ações urgentes de todos os governos para pensar novos enfoques nos processos de desenvolvimento dos diferentes países que colocassem a saúde como objeto primeiro de intervenções, de maneira a garantir a toda a população mundial o direito à vida com qualidade.

Nesta Conferência foi formulada a Declaração Universal em Saúde que expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para promover a saúde de todos os povos do mundo.

Ainda sobre a Conferência de Alma Ata, esta enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (BRASIL, 1978).

A discussão gerada nesta Conferência envolveu tanto os problemas de saúde gerados pela industrialização crescente nos países desenvolvidos, como também os agravos que acometem as demais regiões do mundo, ainda em desenvolvimento.

No Brasil, essa discussão teve início a partir do movimento social da Reforma Sanitária Brasileira ocorrido na década de 70. Os atores sociais ao discutir as propostas de saúde apresentadas nesse movimento, tinham a clareza da dimensão que esses conceitos poderiam alcançar na perspectiva da saúde da população como direito de todos e dever do Estado.

A partir da aprovação da Constituição Federal de 1988, esta trouxe como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania (MATTOS, 2001). Mattos (2004, p. 1413), ao discorrer sobre a articulação entre a assistência e prevenção, afirma que a criação do SUS modificou o “arranjo institucional, mas não necessariamente transformou as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência, como diz o texto constitucional”. Este autor ainda reflete sobre o princípio da integralidade e lembra que este exige

amplas discussões para sua efetivação nos serviços de saúde e nas práticas dos seus agentes.

Na prática, a integralidade “se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos” (MATTOS, 2004, p. 1413). Isso significa dizer que;

[...] não se trata de simplesmente desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. Há que se compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas. Há que se adotar uma postura que identifica a partir do conhecimento técnico as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro. (MATTOS, 2004, p. 1413).

Machado et al (2007, p. 336) dizem que essa compreensão se aproxima do conceito de integralidade que;

[...] permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios.

Para Cecílio (2001, p. 113), a

[...] universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríptico, entrelaçados, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária brasileira.

Para o autor, a integralidade da atenção pode ser definida no espaço singular como sendo;

[...] o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. (CECÍLIO, 2001, p. 116).

Já no espaço ampliado em rede, a integralidade é aquela que tem a compreensão de que ela não se dá, nunca, em lugar só, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (CECÍLIO, 2001, p. 117).

Para Pinheiro (2001, p. 65) a integralidade é uma;

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

Para Pinheiro e Luz (2003, p. 17), integralidade ampliada é;

[...] uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. Diante dessa perspectiva crítica, o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de ideias, mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde.

Machado et al. (2007, p. 336) entendem a

[...] integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere.

Essa ideia de integralidade traz implícita a compreensão de que esta não é apenas um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, mas uma conquista de cidadania.

A história recente dos currículos de formação dos enfermeiros foi marcada também pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira, representada tanto pela participação dos profissionais da Enfermagem acompanhando os processos históricos sociais, bem como pelos atores teóricos e sociais que

construíram, juntos, os conceitos que fundamentaram as propostas assumidas por este movimento social que resultou no Sistema Único de Saúde – SUS.

Pode-se dizer que o Programa Nacional de Humanização é resultante deste movimento sanitário, materializado/concretizado a partir das propostas apresentadas neste movimento que instituiu princípios, a partir de pressupostos teóricos levantados neste movimento social.

3.2 A formação em enfermagem no Estado Mato Grosso: O curso de Graduação em Enfermagem da UFMT

O curso de graduação em Enfermagem da UFMT veio antes da Primeira Conferência de Alma Ata e foi criado pelo CD no. 80/75 de 08/10/75, reconhecido pela Portaria Nº. 71 de 15/01/80 MEC com a finalidade de atender às demandas pela formação no Estado, e suprir a falta de profissionais enfermeiros no mercado de trabalho do Estado de Mato Grosso, situação que dificultou por longo tempo a ampliação e implementação de novas políticas de saúde.

Para Moreira (1999 p. 75);

[...] a criação do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Mato Grosso foi um marco importante na história da profissão no Estado, uma vez que veio preencher uma lacuna, por não existir nenhuma outra escola de formação de enfermeiros no município de Cuiabá e no Estado.

A implantação do Curso de Enfermagem na UFMT foi “decorrente de uma política de expansão adotada pelo Ministério da Educação que previa a interiorização da formação profissional e a ampliação dos cursos superiores no Brasil” (SILVA, 2006, p. 62).

Desde a sua criação, o Curso de Enfermagem da UFMT passou por três reformulações curriculares, todas visando a promover melhoria na

formação dos egressos profissionais. A primeira proposta curricular foi elaborada em 1976 e se baseava no currículo mínimo fixado pelo Conselho Federal de Educação – CFE estabelecido pelo Parecer 163/72 para os cursos de Enfermagem. Foi aprovado no ano de 1978, o primeiro Currículo Pleno do Curso de Enfermagem, pelo Conselho de Ensino e Pesquisa da UFMT, por meio da Portaria VR/78. Neste se integrava a Habilitação Licenciatura em Enfermagem que, naquela época, era de caráter opcional com duração de três semestres.

No ano de 1979, uma comissão formada por professores do Curso de Enfermagem iniciou um movimento organizado por um processo de avaliação curricular, propondo um novo modelo no sentido de adequar a formação do enfermeiro às reais necessidades da formação profissional daquele momento, adaptando o currículo ao modelo de ensino que melhor atendesse à formação do Enfermeiro no contexto socioeconômico, político e cultural da região de Mato Grosso.

A partir de 1983 mudanças foram incorporadas ao novo currículo do Curso de Enfermagem, na forma das Unidades Curriculares VII e VIII, que alteraram a duração do curso de seis para oito semestres. A denominação de Unidades Curriculares (UC) correspondia a cada semestre letivo do curso.

Vários movimentos interferiram nas formas de se pensar o curso de enfermagem da UFMT, um deles foi a Carta de Ottawa. Este documento foi discutido no Canadá, em 1986 e é, até hoje, um documento marco para a saúde pública moderna. Foi resultante do encontro realizado entre a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e Bem Estar do Canadá e a Associação Canadense de Saúde Pública, juntamente com 238 delegados representantes de 38 países. Esse evento denominou-se 'Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde' e aconteceu entre os dias 17 e 21 de novembro de 1986, tendo como objetivo maior a troca de experiências e conhecimentos direcionados principalmente à promoção da saúde

A Carta de Otawa diz que a “paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde”. Frente a essas questões, novas inquietações surgiram entre os docentes do curso e estes começam a pensar em outros modelos curriculares que pudessem atender às

exigências postas pelas novas ideias sobre a promoção da saúde surgidas neste evento histórico.

A Carta de Ottawa representa, ainda hoje, um marco histórico no sentido de elaborar as diretrizes que fundamentam e norteiam o novo modelo de atenção, muito mais centrado na promoção de modos de vida saudáveis. Ela oferece subsídios para aperfeiçoar os sistemas de saúde e os incita a trabalhar sobretudo, nos níveis de promoção e de prevenção em saúde. Também reforça o direito de todos receberem atendimento adequado aos agravos, em tempo e em condições dignas e adequadas.

A Carta de Ottawa inovou em vários aspectos e deu amplas dimensões ao contexto do processo saúde-doença e à responsabilidade do Estado em relação à saúde mundial. Todas estas medidas desencadearam reformulações internas no curso e defendiam medidas de cunho preventivo tanto na assistência, quanto na formação em enfermagem.

Na década de 1990, a então Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal do Mato Grosso - FEN/UFMT, buscando atender às diretrizes que fundamentaram e nortearam o novo modelo de atenção à saúde, passou a defender uma nova proposta educativa para a formação do enfermeiro, em atenção às determinações do Currículo Mínimo aprovado pela Portaria MEC n. 1721 de 15 dezembro de 1994. Este procurava responder às necessidades de saúde apontadas ao longo dos anos pelos profissionais egressos da instituição, bem como pelos demais profissionais que atuavam no campo da saúde e educação em enfermagem.

Em 1994, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) deu início aos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEns), que trouxeram contribuições significativas à construção do documento que viria a ser base para todos os currículos de enfermagem do país e denominado Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 1999). Além de se constituírem em espaços de discussões para aprofundamento da construção coletiva das políticas, estes seminários traziam propostas inovadoras no que se referia à formação em Enfermagem.

Após inúmeros debates que resultaram na construção coletiva de novas diretrizes para o ensino de enfermagem, em 1994, o Conselho Federal de Educação (CFE), através do Parecer n. 314/94 reformulou o currículo mínimo,

mudando a carga horária mínima, que passou para 4.000 horas/aula, incluindo nestas as 900 horas destinadas ao Estágio Curricular.

Como lembram Galleguillos et al. (2001),

[...] as IES deveriam compor um curso respeitando o mínimo de 4.000 horas-aula em oito semestres letivos. O estágio curricular com um mínimo de 500 horas e sempre sob coordenação docente, mas contando com a participação de enfermeiros dos serviços de saúde. Estas autoras dizem também que o estágio curricular não deveria se concentrar no ensino clínico pois era previsto como atividade regular e não complementar. (GALLEGUILLLOS et al., 2001).

No ano de 1996, efetivou-se a reforma do Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, quando se considerou, sobretudo, a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, e a elaboração de mais uma reformulação na proposta curricular do curso de Enfermagem no curso estudado.

No novo currículo, a duração do curso de Enfermagem passou de quatro anos para quatro anos e meio e manteve-se em 4030 horas para a totalização da formação, nelas incluídas as 900 horas de estágio curricular obrigatório. A partir dessa reformulação as Unidades Curriculares foram denominados de Blocos, que ainda permanecem como tal, sendo constituídos por disciplinas agrupadas, a partir de uma temática central e definidos como Núcleos Centrais de Aprendizagem.

O atual Projeto Político Pedagógico elaborado em 1996 já evidenciava a preocupação com a formação do enfermeiro para atuar no Sistema Único de Saúde e buscava:

Enfrentar um conjunto de problemas e necessidades apontadas ao longo dos anos por professores, alunos do curso e egressos, bem como por profissionais do campo da saúde e educação, a Faculdade de Enfermagem vem discutindo amplamente o seu papel social no contexto estadual e assumindo a necessidade de construção e implantação de um novo projeto político pedagógico e práticas educativas consubstanciados no compromisso da enfermagem com a saúde regional e do país e que contribua na formação do enfermeiro frente ao novo paradigma ideológico de saúde no país. (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO – FAEN/UFMT-1996).

O compromisso social, político e econômico somado à responsabilidade assumida pelos gestores, corpo docente, discentes e demais profissionais da faculdade no processo de transformação dos principais indicadores de saúde que interferiram e interferem na realidade da sociedade mato-grossense, colaboraram para o avanço do ensino de Enfermagem no Estado de Mato Grosso. Deste modo, tornou-se a Faculdade de Enfermagem a referência em formação de enfermeiros para a capital, Estado e demais cidades vizinhas, durante seus 34 anos de existência.

Outras Faculdades de Enfermagem foram criadas no estado. A primeira delas foi a Faculdade de Enfermagem da Unic – Universidade de Cuiabá, na cidade de Cuiabá, seguida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT, no campus de Cáceres-MT, em 2001.

Em 07/08/2001 o Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Enfermagem, através do Parecer n. CNE/CES 1.133/2001 que passou a fornecer “orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotados por todas as instituições de ensino superior” (BRASIL, 2001, p. 2).

A Resolução CONSEPE n. 74, de 22 de julho de 2003, do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Mato Grosso, aprova a criação da turma especial do Curso de Bacharelado em Enfermagem, oferecendo 30 (trinta) vagas, em período integral no município de Rondonópolis-MT. Essa turma foi parcialmente subsidiada pela Prefeitura Municipal de Rondonópolis e também pelo governo estadual.¹

Em 2005, foi criada a Faculdade de Enfermagem da UNIVAG - Centro Universitário de Várzea Grande, no município de Várzea Grande, e por último, no ano de 2006, a Faculdade de Enfermagem da UNIRONDON – Centro Universitário, em Cuiabá.

Mesmo após a criação das demais Escolas de Enfermagem no Estado, o crescente aumento de oferta das vagas fornecidas pelo Programa

¹ Informações fornecidas pela professora Matilde, coordenadora do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - Reuni, UFMT, em Cuiabá, em dezembro de 2008.

Universidade para Todos - PROUNI, a FAEN/UFMT se mantém na liderança como referência para a formação em enfermagem em todo Estado de Mato Grosso.

A partir do ano de 2006, com o programa de expansão da graduação implementado pelo governo Federal, a UFMT criou três novos cursos regulares de graduação em enfermagem nos campi de Rondonópolis, Barra do Garças e Sinop. A participação da UFMT no REUNI propiciou recursos para a infraestrutura física e aquisição de equipamentos e material bibliográfico, bem como a criação de novas vagas para a contratação de docentes e de servidores técnico-administrativos. Assim, a grande expansão das vagas nos cursos de Enfermagem da UFMT se deu pelo programa de expansão associado ao REUNI e teve seu início em 2008 na UFMT.²

Pressionados pelo contexto e pelas necessidades regionais de formação no nível da pós-graduação, Lato e Stricto Sensu, a FAEN iniciou a oferta do curso de Mestrado em 2005, e concomitantemente, e em convênio com uma outra instituição, a Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, ofereceu também um Dinter – Doutorado Interinstitucional em Enfermagem, resultado de uma parceria com a UNIFESP.

Embora tenham sido oferecidos inúmeros cursos do tipo *lato sensu* na Faculdade ao longo de toda a sua existência, todos foram pontuais e, apenas agora em 2010, teve início a primeira turma regular de um curso *lato sensu* na FAEN, a Residência Multiprofissional em Saúde, financiada pelo Ministério da Saúde. O ensino no nível de pós-graduação vem tendo um incremento intensivo e agora no ano de 2010 o mestrado vai oferecer 22 vagas, ao invés das 10 inicialmente propostas. Há uma pressão constante, advinda de vários projetos, de pesquisa financiados para ampliar o numero de bolsistas de iniciação científica e hoje são mais de 30 ligados a projetos e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, tanto do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq como da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso – FAPEMAT.

Atualmente, o corpo docente da referida faculdade conta com 43 professores no quadro permanente, sendo que 20 possuem o título de doutor (01 pós-doutor) 22 são mestres e há 01 professor apenas com o título de especialista

² id.

no Curso de Enfermagem. Com esse acréscimo de massa crítica, novos desafios se impõem e dentre eles temos a criação de um curso de doutorado próprio, possivelmente para 2012.

3.3 O cuidado integral como uma referência conceitual para pensar práticas pedagógicas em enfermagem

Neste estudo procuramos conhecer e discernir quais eram as práticas pedagógicas que melhor responderiam às necessidades dos futuros enfermeiros na sua atividade de aprender a cuidar da saúde da população. Partimos do pressuposto de que haveriam práticas pedagógicas mais eficientes para ensinar o cuidado e que estas seriam as centradas na perspectiva da integralidade e na humanização, ou seja, aquelas que melhor responderiam ao perfil desejado do egresso do curso que irá atuar no Sistema Único de Saúde - SUS. Fizemos uma abordagem sobre os conceitos de integralidade que perpassam o Sistema Único de Saúde - SUS em um capítulo anterior e agora é nossa intenção adentrar para os conceitos que melhor explicitam nossa compreensão do que seja o cuidado integral em enfermagem.

O cuidado em saúde, no contexto estudado, foi entendido como uma equação que deve ser compreendida como “o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nesse campo” (SILVA JÚNIOR, PONTES, HENRIQUES, 2005 p. 93), compreendendo o aspecto moral e ético da profissão de enfermagem.

Para Sena et al. (2008, p. 24), o “cuidado assume várias conotações que não se traduzem apenas como atividade realizada no sentido de tratar uma ferida, aliviar um desconforto e auxiliar na cura de uma doença”. WALDOW (2001), por sua vez, afirma que “o sentido do cuidado humano é mais amplo e se revela como uma forma de expressão, de relacionamento com o outro e com o mundo, ou seja, como uma forma de viver plenamente”.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude e, como afirma Boff (1999, p. 33) aporta dimensões que abrangem;

[...] mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, que caracteriza responsabilizar-se plenamente pelo cuidado prestado ao outro.

Portanto, quando tomamos como ponto de partida a concepção de que os docentes e discentes têm sobre o cuidado integral em saúde, nossa intenção foi melhor compreender, dada a amplitude do conceito, como esse toma forma no cotidiano das práticas pedagógicas no curso estudado. Estas concepções vêm inseridas nas falas destes sujeitos quando explicam o que entendem por cuidado integral e como esse se concretiza no seu cotidiano pedagógico. Não há uma separação entre o que seria a concepção e a prática pedagógica, pois em vários depoimentos vemos que eles surgiram das práticas com os alunos, e isto ocorria junto, ao lado do sujeito cuidado.

O cuidado integral deve ser o eixo constitutivo da atenção à saúde, mas, ao longo da nossa análise, procuramos fazer algumas relativizações e, dentre elas, está que o cuidado integral em saúde é um conceito que se desdobra em múltiplas ações e intenções e que a sua concretização será sempre um resultado incerto que virá das experiências concretas de cada sujeito dentro das articulações possíveis entre a universidade e os serviços de saúde. Há sujeitos que estão, por vezes, melhor situados nos serviços e ali conseguem fazer mais ações de ensino que podem favorecer a compreensão dos alunos sobre o que seja cuidado integral, mas há outros espaços que são limitantes para a atuação tanto do docente como do discente.

Compreendemos que as práticas pedagógicas, que atendem às necessidades de saúde da população e aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, são aquelas práticas que se baseiam e se fundamentam no cuidado integral à saúde do outro. Mas nos questionamos: haverá de fato um cuidado integral em saúde que pode se dar em todos os momentos da relação pedagógica e de cuidado? Como ele se concretiza na prática pedagógica, como deve ser ensinado?

Utilizamos o cuidado como uma referência para interrogar os modos como são produzidas, na realidade estudada, as práticas pedagógicas que visam formar sujeitos-enfermeiros para produzir ações de saúde. O cuidado deve

ser reconhecido como essencial na construção e compreensão do perfil desejado para o futuro enfermeiro dentro do processo ensino-aprendizagem.

O cuidado que nos interessou neste trabalho foi caracterizado pelo;

Encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades (usuário) e outras pessoas que dispõem de um conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem solucionar o problema trazido pelos primeiros (profissionais). (SILVA JÚNIOR, PONTES, HENRIQUES, 2005 p. 93).

Dado a polissemia que aporta a palavra cuidado, delimitamos a nossa compreensão dessa categoria, pois entendemos que as práticas pedagógicas mais consistentes no ensino de enfermagem devem ter como centro o cuidado ao outro. As práticas de cuidado que buscamos valorizar foram aquelas centradas na ideia da integralidade, que não só acolhem os sujeitos, mas dão resolutividade às suas necessidades de saúde.

É dentro desse processo relacional, onde acontece o cuidado, que centramos a análise dos dados coletados em campo e percebemos que o ensino, adequadamente conduzido, pode fazer emergir a sensibilidade no discente, fundamental para sua formação como enfermeiro, mas ao docente compete pensar as suas práticas pedagógicas de tal maneira que estas possam favorecer esse despertar no aluno, de pensar que o cuidado é um valor e o objeto primeiro da enfermagem.

O processo educativo, tal como o processo de cuidar, é um trabalho que acontece sempre no âmbito das relações interpessoais, sempre em interação. Para chegarmos as nossas categorias empíricas pensamos no ensino e em práticas pedagógicas adequadas, como aquelas providas de elementos que não só caracterizam, mas que dão sentido ao cuidar do outro.

Para Ayres (2005, p. 550) a Humanização é;

[...] um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum.

Para Puccini e Cecílio (2004, p. 1344), a humanização é;

[...] um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de intervenção eleita. Aparece, à primeira vista, como a busca de um ideal, pois surgindo em distintas frentes de atividades e com significados variados, segundo os seus proponentes, tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos.

Um dos elementos da Humanização é o acolhimento, quando este se dá em Rede de Conversações é entendido como;

[...] o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de acolher novas possíveis demandas que, eventualmente, convidam o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas. (TEIXEIRA, 2003, p. 101).

Pensamos como Teixeira (2003, p. 91), quando diz que “o foco do acolhimento está claramente posto na relação trabalhador-usuário que se dá nos serviços, para a qual se dirigem os mais fortes desejos de integração” (TEIXEIRA, 2003, p. 91).

É nessa relação entre trabalhador e usuário que se faz necessária a prática da escuta atenta.

Para Pinheiro e Luz (2003, p. 16), saber escutar e fazer com que o outro escute é no sentido de ver o estado das coisas;

[...] é conceber que o mundo funcione de outras formas, sempre atualizadas. O gesto é valorizado e assim a ação concentra todas as possibilidades e todas as visões. [...] A sutileza, a sensibilidade, os sentidos, quando recuperados com o objetivo de auxiliar nas transformações necessárias à melhoria da qualidade de vida das populações, pode nos permitir uma conjunção essencial entre *sujeito* e *ação*.

A idéia de acolher também traz implícita a articulação que o trabalhador deve fazer com os outros serviços de saúde para a continuidade da atenção a esse outro, o usuário do serviço. Articulação essa quase sempre mais facilitada por quem está dentro do serviço e conhece os entremeios dos encaminhamentos que permitem atender ao outro e a sua saúde de forma integral.

Assim as ideias de relacionalidade, de interação entre pessoas, de acolhimento, de responsabilização, a escuta atenta são elementos que deverão fazer parte do olhar do pesquisador, no momento de observação das práticas pedagógicas em seus diferentes contextos.

O espaço do cuidado se estabelece através da empatia entre ambos, sujeito que cuida e sujeito que é cuidado, e se realiza através da escuta atenta e de ações concretas. A mediação deste encontro se dá através do conhecimento como “ferramenta” do primeiro, o trabalhador de saúde, e pela necessidade do segundo, o usuário do serviço.

O professor que ensina ao futuro enfermeiro o trabalho em saúde precisa ter a sensibilidade de (ao colocar o aluno/aprendiz frente a frente com um usuário-sujeito com necessidades de saúde) trabalhar práticas pedagógicas que deixem claro que este é um encontro entre seres humanos, e que ele – o docente – é de certa forma o mediador desse encontro, pois se supõe que este detém o conhecimento que o aluno de enfermagem ainda está construindo/aprendendo. O aluno é um aprendiz e, como tal, não tem ainda a dimensão da complexidade que o cuidado exige para realmente ser integral.

Nesse encontro entre aluno e sujeito cuidado, muitas vezes, se não houver a mediação do professor, o discente não perceberá as diferentes maneiras de ampliar seu ato cuidativo e pode torná-lo menos integral. Pequenas ações, formas de tocar ou de se comunicar, esclarecer ao sujeito cuidado o que se faz, porque se faz dessa forma, como ele pode colaborar, dão qualidade e aumentam a satisfação daquele que precisa ser cuidado e também exigem do professor uma atenção ao aluno que está sob sua supervisão. Ele também é um sujeito a ser cuidado, pois a proximidade física e emocional que o ato de cuidar exige, podem inibir o discente e tornar o processo de cuidar mais árduo, e o professor é aquele que facilita essa aproximação e faz a mediação entre o aprendiz e o sujeito cuidado, garantindo que se houver algum impedimento por parte do aluno, ele assume o cuidado e pode finalizá-lo.

Quando um usuário do serviço se 'entrega' a um cuidador que ainda é um aprendiz, este último desconhece as razões e sentimentos que trouxeram aquele sujeito ao serviço. Temos então uma situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferenciadas onde um - o usuário - busca assistência, em estado físico e emocional frequentemente fragilizado, junto ao outro - um profissional supostamente capacitado para atendê-lo e cuidar do outro. O docente deve estar atento para que se crie um vínculo entre ambos. Se conseguir esta sensibilização do aprendiz ao cuidar do outro, neste momento ele pode estar gerando uma ligação afetiva, traduzida pelo respeito não só entre ambos, mas também na identificação do aluno com o objeto primeiro da nossa prática cotidiana, que é cuidar do outro e estar sensível e de prontidão para atender às suas necessidades.

Waldow (2004, p.175-176), afirma que o cuidado humano é:

[...] uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. [...] consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida.

Mesmo que o docente consiga a sensibilização do aprendiz no cuidado para com o outro, este deve estar atento quanto às múltiplas faces que o cuidado apresenta, dentre elas, a técnico-científica que, por vezes, se sobrepõe às demais e ao próprio sujeito que vem em busca de ajuda. Conforme nos alertam Silva Júnior, Pontes, Henriques, (2005, p. 94) orientados por Henriques e Acioli, (2004);

[...] ainda que o cuidado assuma tal importância na construção dessa identidade profissional, as práticas têm privilegiado o estabelecimento de procedimentos cada vez mais complexos, em detrimento da valorização do sujeito na construção de um cuidado integral.

A consideração acima nos parece pertinente, uma vez que o cuidado se constitui no principal elo entre todas as profissões de saúde.

Waldow (2005, p. 11), ao referir sobre a adoção de modelos que priorizam o cuidado, acredita que a “troca de experiências entre docentes e a constante atualização parecem ser sugestões pertinentes”, pois sempre é necessário buscar meios que valorizem o cuidado humano e o primeiro passo a ser dado, segundo a autora, é “criar um ambiente de cuidado onde as relações de cuidado sejam cultivadas” (2005, p.11). Por relação de cuidado entende-se o relacionamento entre pessoas que exibem comportamentos de cuidar e são consideradas por Waldow como:

[...] aquelas que se distinguem pela expressão de comportamentos de cuidar, que as pessoas compartilham, como confiança, respeito, consideração, interesse, atenção, entre outros... Em um ambiente de cuidado, as pessoas sentem-se bem, reconhecidas e aceitas como são; conseguem se expressar de forma autêntica e se preocupam umas com as outras no sentido de atualizar informações, fornecendo e trocando idéias, oferecendo apoio e ajuda e se responsabilizando e comprometendo com a manutenção desse clima de cuidado. (WALDOW, 2004, p.133-134).

Para que se estabeleça uma relação de ensino entre docente e discente, é necessário que haja, por parte do docente, uma intenção e uma predisposição para ensinar. Pois ensinar é;

[...] reforçar a idéia de aprender, sem agir como se ela estivesse tomada de uma vez por todas. É não encerrar o aluno em uma concepção do ser sensato e responsável, que não convém nem mesmo à maior parte dos adultos. É [...] estimular o desejo de saber. (PERRENOUD, 2000, p. 71).

O aprendiz, por sua vez, apresenta uma atitude responsiva, que pode variar segundo a forma como é iniciada a relação, através de ações, atitudes e comportamentos por parte do docente. A percepção da presença real de ambos envolvidos no processo de aprender permitirá que no processo de ensino/aprendizado haja maior engajamento por parte do aprendiz e este passa a responsabilizar-se mais pelo seu próprio aprendizado.

Nesta perspectiva, interessa-nos observar e apreender como se dão as práticas pedagógicas adotadas pelos docentes de enfermagem, nos diferentes momentos da aula. Pretendemos compreender como se dão estas práticas estudando desde o ambiente físico, a sala de aula propriamente dita a maneira como o docente se movimenta nesse território onde deveria acontecer o cuidado integral.

O cuidado que tenha por base a integralidade constitui-se em um dos princípios do SUS e expressa, em grande medida, o processo de consolidação de conquistas do direito à saúde como uma questão de cidadania. A integralidade é entendida aqui no seu sentido mais ampliado, para além de sua definição legal, pois estamos tratando de um objeto que é o processo educativo em enfermagem, onde a ação de cuidado traz a interação entre mais sujeitos, nela temos o docente, o discente/aprendiz e o usuário dos serviços de saúde, inter-relação essa que ocorre ali, no trabalho vivo em ato do docente e no cotidiano de sua prática pedagógica e cuidativa. Nessa relação, além do usuário que busca por cuidado, temos também o discente, que precisa ser cuidado em seu processo de aprender a cuidar do outro (PEREIRA et al., 2007).

Para falarmos em cuidado integral em saúde neste contexto complexo, precisamos compreender que o discente também e tanto quanto o usuário é um “sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere” (MACHADO, et al. 2007, p.336).

Já a assistência integral, aquela que *ensinamos* ao nosso discente, 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; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. (MACHADO, et al 2007, p.337).

Sendo assim, as práticas pedagógicas que valorizam o cuidado parecem ter forte ênfase no *acolhimento*, no *vínculo*, na *escuta atenta* e todas elas foram encontradas nas falas dos sujeitos do estudo. Houve depoimentos mais centrados na perspectiva teórica da integralidade do cuidado, mas aspectos que fortaleciam a humanização foram os que mais responderam às boas práticas pedagógicas que contribuíram com o perfil desejado do egresso do curso que se pretende vá atuar no SUS.

O acolhimento foi compreendido como aquela ação de cuidado que “consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários” (RAMOS; LIMA, 2003, p. 28, apud MERHY et al., 1994) e pode ser entendido como a postura exercida pelos trabalhadores de saúde no atendimento das necessidades de saúde perante o usuário, pois a origem do “sofrimento nem sempre é o que os profissionais identificam; é necessário escutar e saber o que os sujeitos sentem e sofrem” (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2005, p. 100).

A escuta atenta, parte integrante do processo de acolhimento, foi compreendida como a valorização das necessidades de saúde do usuário do serviço de saúde pelo profissional de saúde no momento em que o primeiro é acolhido pelo segundo. O vínculo pode acontecer (ou não), dependendo da maneira como o profissional de saúde acolhe o usuário do serviço de saúde (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2005).

Os elementos apresentados nos parágrafos anteriores foram aqueles que nos permitiram construir nossa análise de dados. Ao entrevistar os sujeitos fomos observando como eram ditas e realizadas as práticas pedagógicas, como e quais eram os elementos que as caracterizavam, isso do ponto de vista particular dos docentes e depois dos discentes.

4 Trajetória metodológica da investigação

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo descreveremos a trajetória metodológica que nos permitiu o alcance dos objetivos da investigação. A metodologia é entendida como um “caminho do pensamento” que ajuda a apreender a realidade idealizada pelo pesquisador.

Podemos afirmar que o trajeto teórico metodológico percorrido na construção teórica do objeto de estudo já define previamente a ligação que há entre o objeto de estudo e o método adotado na investigação. Considerando essa ligação delineamos o caminho metodológico definindo as estratégias, as técnicas e os instrumentos de coleta de dados para abordar a realidade pesquisada, um curso de enfermagem, seus docentes e discentes e suas vivências sobre o cuidado integral no seu processo de aprender enfermagem.

Ao finalizar a investigação esta deixou de ser um “conjunto de técnicas” e nos mostrou todo o exercício de criatividade que foi necessário para nos aproximarmos da realidade investigada e dela retirar elementos que poderão contribuir com sua melhor compreensão (MINAYO, 2008).

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo no qual o objeto de estudo é considerado como uma representação singular de uma realidade maior, ao mesmo tempo descrevendo-a e explicitando particularidades que ajudam a melhor compreender a lógica interna dos seus sujeitos acerca de um determinado objeto. Os sujeitos do estudo foram os docentes e discentes de enfermagem de um curso específico e o objeto de estudo são as concepções que estes mesmos sujeitos têm sobre cuidado integral e como as traduzem no cotidiano de suas práticas pedagógicas no curso estudado. (MINAYO, 2008).

Optamos por um estudo do tipo qualitativo, uma vez que era nossa pretensão apreender uma realidade bastante circunscrita e com sujeitos bem definidos. Ao longo da análise valorizamos os aspectos qualitativos dos depoimentos dos sujeitos e estes aportaram para o processo analítico, tanto os aspectos subjetivos como também os objetivos do objeto em estudo, tais como os valores dos sujeitos pesquisados sobre o cuidado integral e seu ensino no curso estudado, mas vieram à tona os “fatos, os significados, a ordem e os conflitos” que se fazem presentes nos resultados apresentados ao final do estudo (MINAYO, 1999).

4.2 Local do estudo: um breve histórico do curso de enfermagem da UFMT

A Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – FAEN/UFMT, foi o campo empírico de nossa investigação. Ela se localiza na cidade de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso.

O Curso de Graduação em Enfermagem foi criado pelo CD no. 80/75 de 08/10/75, e reconhecido pela Portaria N^o. 71 de 15/01/80 MEC, em uma política de governo que, na década de 70, visava à ampliação dos cursos em várias áreas do conhecimento em todo o país. A criação do curso de enfermagem se deu em conjunto com outros, como medicina e biologia. Seu primeiro local de funcionamento foi o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), na também recém criada Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Em uma reforma administrativa ocorrida na UFMT em 1992, o antigo CCBS desdobrou-se em diversas faculdades e institutos e daí surgiu a Faculdade de Enfermagem e Nutrição (FEN), que, recentemente, teve novo desdobramento que separou a Nutrição da Enfermagem e esta última tornou-se, em 2003, uma unidade administrativa da Universidade Federal de Mato Grosso, a atual Faculdade de Enfermagem (FAEn). O curso de enfermagem ao longo dos 34 anos de existência, recentemente comemorados, já passou por 4 reformas curriculares, sendo a última em 1996.

No ano de 1996, a FAEN/UFMT passou a defender uma nova proposta educativa para a formação do enfermeiro, dando início a um movimento coletivo organizado pela direção e coordenação da faculdade de enfermagem, num processo de construção de um novo modelo de ensino para atender às reais necessidades da formação profissional, adequando ao novo Projeto Político Pedagógico as determinações instituídas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem.

De acordo com o atual Projeto Político Pedagógico implantado no ano de 1996, a Estrutura Curricular que orienta a formação do enfermeiro está organizada em duas partes, sendo que a primeira é 'organizada segundo a lógica disciplinar e os critérios de graduação de complexidade, de articulação de conteúdos' em uma abordagem que se pretendia interdisciplinar. As disciplinas são reunidas em blocos de ensino, correspondendo cada bloco a um semestre letivo e cada semestre se organiza a partir dos denominados Núcleos Centrais de aprendizagem, que são:

[...] organização de um conjunto de disciplinas e conteúdos teórico-práticos, das várias áreas de conhecimento, articulados em torno de uma temática central e de objetivos comuns a serem alcançados respeitadas as especificidades de cada área. (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO FAEN/UFMT, 1996, p. 10).

A segunda parte do curso é mais voltada para a prática profissional em enfermagem e os semestres finais ficam reservados ao estágio curricular obrigatório. Conforme o Projeto Político Pedagógico do curso de Enfermagem da FAEN/UFMT a estrutura Curricular do 1º ao 4º semestre é composta por nove blocos de ensino cada um com um núcleo central de aprendizagem, como abaixo relacionado:

Bloco I – 1º semestre do curso, Núcleo Central de Aprendizagem - Saúde, Sociedade e o Trabalho da Enfermagem,

Bloco II – 2º semestre, Núcleo Central de Aprendizagem - Processos Biológicos Humanos I,

Bloco III – 3º semestre, Núcleo Central de Aprendizagem - Processos Biológicos Humanos II,

Bloco IV – 4º semestre, Núcleo Central de Aprendizagem - Introdução ao Processo de Cuidar e Gerenciar em Saúde e Enfermagem.

A partir do quarto semestre do curso, o aluno começa a fazer aulas de práticas de enfermagem, onde há uma integração do mesmo nos serviços de saúde.

Bloco V – 5º semestre, Núcleo Central de Aprendizagem - Enfermagem no Processo de Cuidar e Gerenciar em Saúde do Adulto I;

Bloco VI – 6º semestre, Núcleo Central de Aprendizagem - Enfermagem no Processo de Cuidar e Gerenciar em Saúde do Adulto II;

Bloco VII - 7º semestre, Núcleo Central de Aprendizagem - Enfermagem no Processo de Cuidar e Gerenciar em Saúde da Criança e do Adolescente;

Bloco VIII – 8º semestre, Núcleo Central de Aprendizagem - Atenção de Enfermagem à Saúde da Criança, Adolescente e Adulto,

Bloco IX – 9º semestre Núcleo Central de Aprendizagem - Gerenciamento em Saúde e Enfermagem.

Do 4º ao 7º semestre do curso os alunos fazem as práticas de cuidado sob a supervisão direta de docentes. Nos dois últimos semestres (8º e 9º), os alunos vivenciarão os estágios curriculares agora sob uma modalidade de supervisão chamada indireta pelos docentes. Estes acompanham o cotidiano do processo de cuidar e gerenciar do aluno, mas o fazem a distância, pois o aluno precisa desenvolver sua autonomia para pensar e executar a assistência de enfermagem e essa atividade é feita junto com o enfermeiro responsável pelo local da prática no serviço de saúde.

Compreende-se por supervisão direta aquela em que o docente está lado a lado com o aluno orientando-o no aprendizado do processo de cuidar. Na supervisão indireta o aluno realiza o cuidado ou atividades/ações de gestão sem a presença do professor, mas este permanece disponível se caso o aluno necessitar de ajuda/orientação.

A atual estrutura curricular trabalha em 450 horas no primeiro semestre do curso as disciplinas: Saúde e Cidadania (120 horas); Enfermagem e Cidadania I (60 horas); A Construção Social da Realidade (90 horas); Teoria do Conhecimento (60 horas); Psicologia Geral (60 horas); Introdução à Metodologia Científica (30 horas) e Educação Física I (30 horas).

No segundo semestre, trabalha em 450 horas as disciplinas: Biologia e Genética Humana (45 horas); Histologia Humana (60 horas); Anatomia Humana (150 horas); Fisiologia Humana (150 horas) e Embriologia Humana (45 horas).

No terceiro semestre, trabalha em 450 horas as disciplinas: Processos Bioquímicos Humanos (75 horas); Nutrição Humana (30 horas); Microbiologia e Imunologia (60 horas); Processos Patológicos Humanos (60 horas); Parasitologia Humana (60 horas); Farmacologia Humana (105 horas); Informática Aplicada à Saúde (30 horas) e Educação Física II (30 horas).

Nessa organização percebe-se a tentativa de reformulação do ensino de Enfermagem da instituição estudada, diante das novas propostas e diretrizes curriculares (BRASIL, 2001), mas isso se deu com mais ênfase nas atividades práticas que nas teóricas que guardam ainda uma matriz muito disciplinar. Esse é ainda um dos desafios cruciais com que se deparam os docentes nas suas práticas teóricas, pois estas acontecem tanto nos laboratórios como nas práticas de campo e nas instituições de saúde, sempre exigindo grande criatividade e predisposição dos docentes.

Atualmente, a Faculdade de Enfermagem vem discutindo amplamente o seu papel social no contexto estadual e assumindo a necessidade de construção e implantação de um novo Projeto Político Pedagógico e práticas educativas consubstanciados no compromisso da enfermagem com a saúde regional que contribuam na formação do enfermeiro frente ao novo paradigma ideológico de saúde no país.

De acordo com a avaliação do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior – SINAES, através do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE, realizado no ano de 2007, o Curso de Enfermagem obteve a nota máxima para os cursos de Cuiabá e para a turma Especial de Rondonópolis. É importante lembrar que apenas 8 Cursos de Enfermagem em todo o Brasil

obtiveram a nota 5 considerada máxima na Avaliação geral de cursos feita pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação e Cultura - INEP/MEC, e essa foi uma importante vitória para o seu corpo docente e discente.

Optamos por desenvolver este estudo na FAEN/UFMT, considerando a riqueza desse ambiente em saberes e práticas de ensino. A FAEN/UFMT tem uma vasta história como instituição formadora de enfermeiros e seu caráter como instituição pública pioneira profundamente comprometida com as atuais políticas públicas da saúde e da educação em enfermagem, faz dela um privilegiado campo de estudo.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram compostos pelos atores do processo ensino-aprendizagem em enfermagem, os *docentes* com formação em Enfermagem que ministram aulas em atividades teóricas, teórico-práticas e práticas e os *discentes* do Curso de Enfermagem da FAEN/UFMT.

A seleção dos docentes para a coleta de dados foi realizada entre os anos de 2008 e 2009, no período em que estive cursando o mestrado, mas a coleta propriamente dita ocorreram de maio a julho de 2009. Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: ser docente efetivo e estar no exercício da docência na FAEN/UFMT há mais de 01 (um) ano na ocasião da coleta de dados, ser enfermeiro e aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Os critérios para inclusão dos discentes foram: estar regularmente matriculado no curso de Enfermagem da FAEN/UFMT por ocasião da coleta de dados. No universo dos discentes predefinimos uma amostragem de, no mínimo, 1 e, no máximo, 3 alunos por cada turma e que estes, ao aceitar participar da pesquisa, assinariam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Para se aproximar dos docentes fomos inicialmente à Secretaria do Curso de Enfermagem para obter a lista de telefones e e-mails de todos os

docentes que atendiam aos critérios adotados no estudo. Em seguida foi encaminhado convite, via e-mail, a cada docente para participar do mesmo. Alguns docentes foram convidados via telefone e verbalmente, devido à mudança em seus endereços eletrônicos.

A abordagem dos estudantes foi realizada por meio de convite em salas de aula, e também via e-mail. Fomos também nos diversos cenários de aulas teóricas e práticas onde estes se encontravam, procurando investigar o período do curso que frequentavam e o interesse em participarem da pesquisa. Ao todo, aceitaram participar das entrevistas abertas e individuais 12 docentes, 28% do universo geral e 24 discentes, 10% do total geral.

Dos docentes que aceitaram participar das entrevistas 16% são do sexo masculino e 84% do sexo feminino. Do total de discentes que aceitaram participar da pesquisa 20% são do sexo masculino e 80% do sexo feminino.

O critério adotado para encerrar as entrevistas foi a “saturação”, dos dados, que se caracteriza pela “repetição de conteúdos relativos aos problemas investigados” nas entrevistas que se sucedem (MINAYO, 2008, p. 160) uma vez que a “pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade”, mas, sim, na amplitude e qualidade dos dados levantados. (DESLANDES, 1994, p. 43).

4.4 Procedimentos e Técnicas para coleta de dados

Para coletar os dados, optou-se por utilizar os procedimentos metodológicos da Pesquisa Qualitativa. A apreensão do material empírico foi definida com base no objeto e nos objetivos da pesquisa, o que levou à escolha da *entrevista aberta e individual* com os sujeitos do estudo. Essa técnica permitiu apreender a dinâmica dos fenômenos que ocorrem no processo ensino-aprendizagem, bem como a apreensão dos significados que os atores da pesquisa atribuem à prática do cuidado integral no processo de formação no curso estudado.

A entrevista aberta e individual com os docentes foi realizada após a abordagem, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e o esclarecimento quanto aos objetivos e aspectos legais da pesquisa para cada

docente. Os encontros ocorreram em datas e locais previamente definidos pelos próprios sujeitos do estudo. Todas as entrevistas foram realizadas na FAEN/UFMT e no Hospital Universitário Júlio Müller.

Para coletar os dados com os docentes foi utilizado um roteiro (vide Apêndice 2) que permitiu coletar as informações mediante duas perguntas norteadoras: *O que você entende por cuidado integral no contexto da formação do enfermeiro? De acordo com sua vivência como docente do curso de graduação em enfermagem da UFMT, fale sobre as experiências pedagógicas por você vivenciadas e conduzidas, nas quais houve claramente a valorização do cuidado integral em saúde e enfermagem.*

A entrevista aberta e individual com os discentes foi realizada após a abordagem, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e o esclarecimento quanto aos objetivos e aspectos legais da pesquisa para cada discente.

Para a coleta das informações com os discentes foi utilizado um roteiro (Apêndice 3) contendo duas perguntas que nortearam a entrevista: *O que você entende por cuidado integral no processo de formação do enfermeiro? De acordo com sua vivência como aluno de graduação em enfermagem, fale sobre as experiências pedagógicas por você vivenciadas, nas quais percebeu claramente a valorização do cuidado integral em saúde e enfermagem.* Os encontros ocorreram em datas e locais previamente definidos pelos próprios sujeitos do estudo.

Minayo (2008, p. 264-265) declara que a entrevista aberta é “definida como uma conversa com finalidade, em que um roteiro invisível serve de orientação e de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados”.

Optamos por essa técnica de coleta de dados, por ser a mais adequada ao nosso objeto de estudo e como diz Minayo (2008, p. 264-265) por “oferecer todas as perspectivas possíveis para que o sujeito da pesquisa alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias” o que enriqueceu sobremaneira a nossa investigação.

As entrevistas abertas e individuais com os docentes, discentes foram gravadas em fita cassete, e sua transcrição foi feita em um formulário padrão (Apêndice 4). A duração variável das entrevistas com os docentes foi de 18 minutos a 1 hora 20 minutos; com os discentes de 5 minutos a 1 hora e 20 minutos.

O anonimato foi preservado. Cada sujeito da pesquisa foi identificado com um código composto por uma letra e um número, como, por exemplo, D-1, onde a letra (D) representa um docente entrevistado e o número que se segue à letra identifica apenas a ordem em que foram realizadas as entrevistas. Já os discentes, em número maior que os docentes, foram identificados por duas letras seguidas de algarismos romanos e um número cardinal, como exemplo: EBII-4. A letra (E) representa um estudante, e (B), seguido de algarismo romano, indica o Bloco de ensino ao qual este pertencia (que indica o semestre em que o aluno estava no curso no momento da pesquisa). O número que segue (4) identifica apenas a ordem da realização das entrevistas.

4.5 Procedimentos para análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através da *análise de conteúdo* na modalidade de *análise temática*. A análise de conteúdo “diz respeito as técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos científicos” (MINAYO, 2008, p. 303). A modalidade de análise temática está ligada à noção de tema e este, por sua vez, se refere a uma ‘afirmação a respeito de um determinado assunto’.

A análise temática, segundo Minayo (2008), é composta por três etapas, que seguimos neste trabalho. A primeira, denominada *pré-analítica*, a segunda de *analítica* ou de exploração do material e a terceira de *tratamento dos resultados obtidos e interpretação* dos mesmos.

Na fase pré-analítica fizemos a leitura flutuante, por meio de leituras exaustivas do material e construímos o chamado *corpus* do trabalho e ainda nesta etapa fizemos a reformulação dos objetivos postos inicialmente e os reajustamos à realidade dos dados que coletamos em campo. Ainda nesta fase descobrimos as *unidades de registro*, direcionadas pelas *palavras chave* ou *frases* que se repetiam nos discursos dos sujeitos do estudo. Definimos as formas de categorização que apontavam para os conceitos teóricos que trabalhamos quando delimitamos nosso objeto de estudo. O cuidado integral aponta aqui como fundamental para compreender as concepções dos sujeitos do estudo sobre a

formação de vínculo, a escuta atenta, o acolhimento, a resolubilidade e responsabilização, todos integrantes e constitutivos do conceito de cuidado integral. Partimos da ideia de que esses elementos deveriam estar presentes e ter uma certa frequência nos depoimentos dos sujeitos do estudo para que pudessem significar alguma coisa para o objeto analítico visado, que foram as práticas pedagógicas que valorizassem ou apontassem, de alguma forma, para o cuidado integral.

Na segunda etapa da análise temática fomos explorar o material organizado na pré-análise. Ao encontrar os elementos do cuidado integral nas falas dos sujeitos fomos, aos poucos, compondo os dois grandes feixes de significado que redundaram nas nossas duas grandes temáticas de análise. Quando tivemos clareza sobre quais eram as concepções de docentes e discentes acerca do cuidado integral, estendemos nosso olhar para tentar ir um pouco além e compreender como estas concepções tomam corpo, como elas se concretizam nas práticas pedagógicas cotidianamente desenvolvidas pelos docentes no curso de enfermagem estudado.

É interessante lembrar que encontramos um significado mais amplo nas falas dos discentes sobre as suas compreensões acerca do que seja cuidado integral e como este é trabalhado tanto teoricamente como nas práticas de campo. Já os docentes, ao pensar e planejar o ensino, o fazem ainda sobre um modelo um tanto padronizado, mas, ao entrar em práticas de campo com seus alunos, acabam por extrapolar o que foi pensado e as suas vivências e experiências como docentes-enfermeiros que acabam por sobrepor-se ao que foi planejado. Nesse momento o que foi planejado é ampliado e ressignificado para os discentes. De alguma maneira o círculo ensinar e aprender se torna um continuum onde os discentes vão construindo, aos poucos e paulatinamente, com diferentes docentes e práticas, por observação, imitação ou negação, o seu próprio conceito de cuidado integral.

A polissemia que o cuidado integral encerra pode ser vista ao longo da análise, bem como as diferentes bases sobre as quais cada um construiu sua noção e sua compreensão sobre o que é cuidado integral em saúde.

4.6 Aspectos éticos – legais do estudo

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, em 12/01/2007 sob número 315/CEP/HUJM/2007, atendendo às determinações da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa – CONEP. O documento que aprovou a realização da pesquisa está devidamente anexado a este relatório de pesquisa (Anexo 1). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) depois de conhecer os objetivos e finalidades do estudo

5 Análise dos dados

5 ANÁLISE DOS DADOS

Visto que trabalhamos com a análise temática, os dados foram organizados em dois grandes temas, iluminados pela grande categoria de análise aqui utilizada que foi o cuidado integral em saúde. O primeiro grande tema a ser analisado foram as *concepções dos docentes sobre o cuidado integral*; e o segundo, na mesma direção, foram as *concepções dos discentes sobre o cuidado integral*. As formas como são operacionalizadas, concretizadas essas concepções sobre o cuidado integral nas práticas pedagógicas vieram dentro desses dois grandes temas e, em um mesmo movimento, analisou-se quais eram as concepções e como elas tomavam corpo no cotidiano de ensino, através das práticas dos docentes.

5.1 As Concepções dos docentes de enfermagem sobre o cuidado integral no curso estudado

Partimos da concepção de que as práticas de saúde que valorizam o cuidado são aquelas centradas na integralidade, que não só acolhe os sujeitos, mas dá resolutividade às suas necessidades, respeitando e acolhendo a compreensão que as pessoas têm sobre o que seja uma necessidade.

Percebe-se ao longo das entrevistas realizadas com os docentes que a concepção de cuidado integral é um elemento fundamental para uma prática de enfermagem de qualidade. Essa prática deverá ser “capaz de formar profissionais imbuídos de práticas cuidadoras em saúde, com respeito à pluralidade e à singularidade dos processos de viver a vida” (PINHEIRO, CECCIM, MATTOS, 2005, p. 9).

Sobre sua compreensão sobre a integralidade do cuidado o docente a seguir assim se expressa:

[...] o sujeito, ele precisa ser visto na sua integralidade, o que significa pra mim que a gente não tem que preocupar na

saúde com as necessidades que são individualizadas, orgânicas... [estas são] uma das dimensões do ser humano, a dimensão orgânica. Mas [...] as necessidades, elas têm outras naturezas também, necessidades psicoemocionais, necessidades socioculturais que precisam ser consideradas no âmbito do cuidar e do ensinar. (D-9).

Mas outros aspectos são igualmente importantes, tanto que o docente D4 faz uma apropriação entre o que parece ser o cuidado integral na formação do enfermeiro. Lembra ele que :

Bom, o cuidado integral na formação do enfermeiro, eu acredito na possibilidade de [que] nós enquanto docentes, devemos levar o aluno a entender o cuidado de enfermagem voltado não apenas para a questão biológica mesmo, [para] o corpo doente, o tratamento, direcionado a uma doença, [...] mas também que ele [o aluno] possa ter a possibilidade de entender os indivíduos, suas famílias o seu contexto social, [perceber] como a pessoa está inserida no mercado de trabalho, como é a sua renda, como é a sua escolaridade, como esses fatores estão fortalecendo a saúde ou como eles estão desgastando a pessoa e facilitando o desenvolvimento de uma doença. (D4-04).

As concepções de cuidado que estão subjacentes à fala acima remete ao sujeito do cuidado como um ser de necessidades diversas e diferenciadas, nas quais se sobressaem as necessidades de natureza psicoemocional, sociocultural, educacional, econômica, mas todas podem associar-se e facilitar ‘o desenvolvimento de uma doença’. Este depoimento da D4 lembra que a complexidade do cuidado integral remete à complexidade da existência, do viver a vida cotidiana, onde uma necessidade não satisfeita pode interferir em todas as outras e expor o sujeito de forma a torná-lo mais vulnerável socialmente e, com isso, mais suscetível a adoecer.

Para Cecílio (2001, p. 116) necessidades de saúde são a

[...] busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo afetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma

tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar ou prolongar sua vida.

O sujeito que cuida, ao acolher o outro e respeitar sua cultura, limites, entorno social, reafirma-se com um sujeito cuidador. Isto se dá dentro de um processo relacional com o sujeito que é cuidado, pois ele – cuidador – precisa compreender e se aproximar da realidade da pessoa cuidada, para, como diz o docente 10, saber que quem está ali é [...] *uma pessoa, não é apenas uma perna, não é apenas um braço, é uma pessoa com sentimentos, com prazeres, com dores, com direitos, com deveres (D-10).*

Ser docente de enfermagem implica dominar várias competências das quais muitas estão na área pedagógica e outras na área específica de conhecimento que é a enfermagem. Para que possamos ensinar alguém a cuidar de outrem, precisamos reaprender continuamente a cuidar, pois o cuidado exige esta atitude ativa, mas precisamos também e todos os dias reaprender a ser professor (Perrenoud, 2002; Waldow, 2004). Esta última atividade implica em um amplo rol de competências que não nos foi ensinado na vida acadêmica, mas que dela nos apropriamos por necessidade e com algumas dificuldades, que acabam por ser contornadas através da aproximação com autores da área da pedagogia, como diz a docente abaixo:

[...] procuro trabalhar na minha prática pedagógica, com alguns autores como o Contreras, ele traz [a idéia] de que o aluno quando ele tem autonomia, ele aprende melhor! Ele se sente responsável pelo seu aprendizado! É diferente quando você transmite pra ele tudo àquilo que você acha que é mais importante...assim você não dá autonomia para o aluno. (D3-03).

Nesse sentido, o professor é alguém que

[...] estando mais adiantado no processo de aprendizagem e dispondo de conhecimentos e práticas sempre renovados sobre a aprendizagem, é capaz de cuidar da aprendizagem na sociedade. (DEMO, 2004).

Para garantir aos alunos o direito de aprender, o professor precisa estar sempre renovando seu próprio repertório de conhecimentos e de práticas pedagógicas. Seguindo essa linha de pensamento o docente abaixo assim se expressa:

[...] nas aulas que eu tenho dado, tenho procurado fazer o aluno pensar como que está a nossa sociedade hoje, como está a dinâmica de trabalho e da vida mesmo [...] que acesso as pessoas estão tendo aos alimentos, não só por questões econômicas, mas como a mídia tem interferido nisso, como que a globalização das coisas e da vida tem influenciado as pessoas a desenvolver alguns tipos de hábitos. (D-04).

Lucchese e Barros (2006, p. 93) dizem que “ensinar exige reflexão crítica sobre a prática, em um movimento dinâmico e dialético entre o fazer e o pensar sobre esse fazer”. Ao reportar-se aos modos de vida impostos pela globalização e definir esta como um fenômeno que interfere e induz a novos modos de viver que podem ser prejudiciais ao ser humano, o docente lembra que está falando como um formador, que precisa ampliar a visão que o discente tem sobre os processos que nos levam ao adoecimento, que podem estar no modo de vida, de consumo, de compreensão do que nos diz a mídia. O docente lembra que esta é um vetor poderoso de indução de novos hábitos que acabam por ser prejudiciais a nossa saúde.

A reflexão sobre as diferentes maneiras de viver que podem ser, ou não, saudáveis, aparece também no depoimento a seguir, no qual o docente insiste sobre o aprender reflexivo, que ajude o discente a pensar na importância de as suas ações não serem apenas de reprodução, mas de criação. Diz ele:

[...] nas minhas aulas práticas [eu tenho] buscado introduzir os alunos [para que] percebam que o que eles estão fazendo não é simplesmente uma atividade mecânica, mas sim algo que precisa ser refletido, que tem uma razão de ser. E também o conhecimento científico [que deve] embasar seu procedimento, [e além disso] nós precisamos olhar para o sujeito enquanto sujeito integrado, como um todo, [que] não tem só cabeça, tronco e membros, mas que está inserido numa sociedade, que está com seus problemas econômicos, que tem uma cultura, que tem um conhecimento. (D-08).

Lucchese e Barros (2006, p. 93) lembram que o educador deve voltar-se para si mesmo, refletir e adotar uma postura de questionamento sobre sua formação bem como precisa também conscientizar-se de que "esta deve ser permanente e contínua" e acompanhar todas as transformações da realidade. Dizem ainda que esse olhar crítico e reflexivo sobre a prática atual ou a passada é que vai melhorar a próxima prática.

Essa concepção pode ser vista no relato do docente a seguir:

[...] a cada ano você vai repensando suas práticas vai repensando em quê que você pode melhorar, quê é que você pode modificar, porque eu vejo hoje, que quando se fala em pedagogia moderna ou pós-moderna, as pessoas tão confundindo muitas coisas. Então, muita gente tá achando que hoje ser um professor moderno não é mais você partilhar conhecimento com aluno, você sempre jogar pro aluno buscar, e não foi isso que Paulo Freire quis dizer, quando ele criou, quando ele lançou a teoria da pedagogia do oprimido. (D-02).

Assim, ao refletirmos continuamente sobre o nosso fazer cotidiano como docentes, estes mesmos fatos "podem ser trabalhados e aproveitados na melhoria de nosso fazer" (LUCCHESE, BARROS, 2006, p. 93).

Perrenoud (2002, p. 13) diz que a "autonomia e a responsabilidade de um profissional dependem de uma *grande capacidade de refletir em e sobre sua ação*". O docente pode valorizar a reflexão sobre a ação realizada de muitas formas, mas isso pode ser visto quando ele promove a discussão das atividades realizadas diariamente, conforme ilustra o relato abaixo, do D4:

[...] Sempre no final das atividades, eu sento aqui com eles [alunos] na sala de reuniões, e a gente discute o que eles vivenciaram naquele dia não é? E a gente tem trabalhado muito nesse sentido. (D-4).

Na visão de Waldow (1995, p. 112), desenvolver o pensamento crítico "envolve um processo longo de reflexão que implica na introspecção pessoal,

o que nem sempre é fácil para a maioria das pessoas” (WALDOW, 1995, p. 112).

Portanto, prática pedagógica, tal como o processo de cuidar, é um trabalho que acontece sempre no âmbito das relações interpessoais, sendo assim, as mesmas devem ocorrer sempre em interação. O docente quando traz o conhecimento teórico à sua aplicabilidade prática no campo de estágio, permite ao aprendiz vivenciar essa concepção de cuidar da aprendizagem do aluno, sem descuidar do aprendizado sobre o cuidado do outro, que é a finalidade do curso de enfermagem. Diz o D2, que:

[...] eu sempre trago essa disciplina pra realidade local, pra realidade do campo de prática, pra realidade na qual o aluno está inserido. Então, eu entendo que, essa contextualização da teoria com a prática vigente, é que vai transformar esse cuidado, porque o ensino é como Waldow diz, ele faz parte do construto do cuidado, quando você está compartilhando o conhecimento com alguém, você também está cuidando! (D2-02).

Assim, ao pensarmos em ensino e práticas pedagógicas adequadas, eficientes e éticas, precisamos pensar nos elementos que caracterizam e dão sentido ao cuidar do outro. Um desses elementos é o acolhimento. Como política, o Programa Nacional de Humanização – Humaniza SUS diz que acolher é receber o usuário desde a sua chegada no serviço, *responsabilizar-se* integralmente por ele, ouvir suas queixas, permitir que ele expresse suas preocupações, angústias, praticando a *escuta atenta* do que o aflige. Essa concepção aparece no depoimento do docente D8, a seguir:

[...] precisamos estar atentos a outras dimensões desse cuidar, não só às doenças em si ou às partes que estão envolvidas nesse processo de doença, ou que passaram por algum procedimento, mas quem está sendo atendido ali [é] um sujeito que tem medos, que tem ansiedades, que é pai de família, que é mãe de família, que deixou um filho em casa, que precisa voltar ao trabalho. (D-8).

Como diretriz para a apreensão do cuidado integral, podemos entender que este é também uma

[...] ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2004).

Mas esta ação precisa ser complementada com outros elementos, que vão dar um sentido mais humanizador ao cuidado visto como uma ação 'técnica e assistencial'. O acolhimento é um desses elementos que, nas práticas de produção em saúde, pode ser entendido como ato ou efeito de acolher que expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2006).

O docente, ao adotar práticas de ensino e práticas de cuidar próprias, forjadas por ele no trabalho cotidiano, como enfermeiro-docente que é, valoriza os múltiplos elementos que se somam e que compõem o cuidado integral ao usuário. Nesse movimento, ao mostrar-se ao aprendiz como sujeito cuidador, ele ajuda o aluno no seu processo de formação por valorizar atitudes de aproximação com o outro, acolhendo esse outro nas suas necessidades de saúde e também apoiando os familiares dos sujeitos que são por eles cuidados. Podemos ver essa preocupação na fala do docente abaixo:

[...]como eu trabalho com crianças, a gente passa a ver [tanto] a doença que afetou a criança como a criança afetada, [vê] ainda o cuidador afetado [que na pediatria] é a mãe, o pai ou o responsável. (D1-01).

Assim, todos os elementos do cuidado integral podem ser 'transferidos', amalgamados e vir a somar-se quando alguém da família adoece, e o aluno precisa ter clara essa dimensão do cuidar que se estende por toda a família e, algumas vezes, também pela equipe de enfermagem. Na pediatria é comum o envolvimento de toda a equipe que, ao fazer cuidados integrais e cotidianamente, acaba por sensibilizar-se com os problemas que afetam a criança e sua família.

O docente precisa de um especial sentido de alteridade para poder dar o apoio que o aluno precisa neste momento de aprendizagem, quando todos estão trabalhando com sofrimentos intensos que podem culminar com o agravamento da saúde de outrem ou mesmo o enfrentamento da morte. Para dar sentido ao ato de ensinar em enfermagem e, ao mesmo tempo, construir um sujeito que seja sensível e solidário, sem perder a objetividade que muitas situações de agravamento de saúde exigem do enfermeiro, há necessidade de grande envolvimento e conhecimento sensível do docente que está ali com o discente neste momento. Pois, tal como o usuário, o aluno também precisa ser acolhido, atendido, ouvido e ter respostas às suas necessidades, para tornar-se um profissional de saúde ético, solidário e co-responsável pelo outro que recebe o cuidado.

Pressupomos que, quando somos/estamos ainda como alunos de um curso universitário – a depender de nosso nível de maturidade emocional - podemos introjetar valores, atitudes, maneiras de cuidar que venham muito mais reproduzir aquilo que o professor faz de fato, do que aquilo que ele diz ser importante fazer. No processo de ensino-aprendizagem, se o docente não estiver atento às suas atitudes e práticas, ele pode estar mais ‘deformando’ do que formando pessoas, pois aprendemos valores quando os vemos concretizados através das ações (WALDOW, 2009).

5.2 As Concepções dos discentes de enfermagem sobre o cuidado integral no curso estudado

Partindo da definição de cuidado como uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros, nesta categoria buscamos compreender a totalidade do objeto, a partir dos depoimentos dos discentes levantados nas entrevistas, associadas entre estas às interpretações e considerações teóricas de sustentação do estudo.

Percebe-se nos dados de campo colhidos junto aos alunos que a compreensão do cuidado integral como elemento fundamental para uma prática de

enfermagem de qualidade acontece de maneira paulatina, ao longo do curso. Ela é mais frágil nos semestres iniciais e vai se afirmando a partir do quarto.

Nesta pesquisa consideram-se semestres iniciais aqueles que vão do primeiro ao terceiro semestre do curso, nos quais os alunos têm contatos mínimos com o mundo do cuidado em saúde, a partir do quarto os mesmos começam a ter contato mais direto com o processo de cuidar humano.

A atual estrutura curricular favorece também a fragmentação de saberes entre as ciências sociais, ciências biológicas, bem como promove a invisibilidade da enfermagem como uma prática social, nos três semestres iniciais do curso, embora apresente disciplina que, teoricamente, trabalha a enfermagem como prática social. Essa fragmentação/distorção é motivo de insatisfações recorrentes nas entrevistas feitas com os discentes nos primeiros semestres do curso, conforme expresso no depoimento do estudante a seguir:

Bom, então como a gente ainda não foi pra prática, é muito difícil então a gente ver assim no hospital. E pra mim ali [seminário da humanização] foi a primeira vez que eu vi o cuidado integral! Só que depois, por exemplo, quando a gente passou para o segundo semestre, parece que aquilo tudo apagou sabe, ficou no primeiro semestre, porque a gente ficou focada em estudar, saber coisas de fisiologia, saber bonitinho e tal... Mas a gente não ficou pensando depois como é que a gente ia levar isso pra prática! Semestre que vem que eu acho que a gente vai. (EBIII-05).

Moran (1995) diz que se aprende quando se relaciona, quando se estabelece vínculos entre coisas dispersas e as integramos em um novo contexto, dando-lhes significado e um novo sentido; aprendemos quando estamos de “antena ligada”, quando perguntamos, questionamos e quando temos interesses e necessidades e as dividimos com os nossos parceiros. Na concepção dos estudantes a fragmentação dos saberes nos semestres iniciais do curso leva à invisibilidade da Enfermagem como prática social do cuidado, indo ao encontro do que afirma o depoimento do estudante EBV-03, conforme segue:

Esse ano que a gente começou a ver na verdade a integralidade, antes disso, eu não tinha idéia do que fosse. Então, foi o primeiro trabalho que a gente fez, sobre o tema integralidade, e a gente ficou muito perdido, porque nunca tinha ouvido falar, e os

textos muito difíceis, porque na verdade falava sobre direitos,, que a gente só tinha direito, quando a gente usa direito. E eu percebo que eu não conseguia aprender muito do trabalho, apesar de ter pesquisado, falei um monte de coisas lá que hoje em dia nem lembro mais e acho que deveria ser mais enfatizado pelos professores porque praticamente só a gente que falou sobre isso, os professores falam mas, na minha visão, está vago ainda, porque até uma certa dificuldade de definir o assunto! (EBV-03).

Na visão de Freire (1998), o aluno aprende fazendo e as diferentes metodologias empregadas nas disciplinas devem ser claras, levando à real identificação de problemas, bem como orientando as intervenções que possam existir para o seu enfrentamento e resolução.

Sob esse prisma o estudante EBII-23, no seu depoimento, revela a necessidade de interligação entre os semestres de maneira a promover a interdisciplinaridade, pois há um vazio de enfermagem e de práticas de saúde que se acentua no segundo e terceiro semestres, que valorizam demasiadamente a sala de aula como lugar de ensino. Diz a aluna:

[...] há uma falha assim, no segundo bloco não há uma prática como esta que eu gostaria que tivesse também. Por que aqui no primeiro tem e no segundo há uma falta? [...] na sala de aula a gente não tem esse cuidado integral durante esses dois semestres, entendeu? Exatamente, fica só uma coisa, aula [...] Eu acho que a gente poderia ter uma ponte, continuar, não dar uma pausa durante esse semestre. (EBII – 23).

A fragmentação dos saberes nos três semestres iniciais do curso nega a visão de que o discente de enfermagem é desatento para compreender que novas práticas são necessárias e que os professores podem organizar o ensino da forma que melhor lhes convier, pois os discentes percebem essas manobras. Conforme expressou o estudante EBII-04 no seu depoimento;

[...] a gente está vendo a parte mais teórica mesmo, no segundo semestre, as matérias de fisiologia essas coisas, no terceiro semestre, as meninas me contam que é só correria, não dá tempo nem para olhar para o lado assim, de tanto que tem matéria! (EBII-04).

As disciplinas trabalhadas em cada semestre, bem como as práticas de ensino do educador devem se voltar para a realidade do aluno, as necessidades sociais vigentes valorizando os direitos e os deveres do cidadão, dentro de uma visão libertadora de educação, permitindo a reflexão do aluno, pois este também passa a se ver neste processo reflexivo como sujeito de direitos. (FREIRE, 1998).

Ainda reiterando a invisibilidade da Enfermagem nos semestres iniciais do curso, o estudante EBVII-26 expressou:

É um pouco complicado por que até a forma que o nosso curso é estruturado não contempla. Não contempla a continuidade do processo ensino e prática. Então como nosso curso é dividido em blocos muitas vezes o bloco da frente faz de conta que esqueceu todo o conhecimento do bloco passado. (EVII-26).

O colegiado de curso no acompanhamento semestral identificou esse problema traduzido pela ausência de práticas que reforcem a Enfermagem como uma prática concreta que se realiza para pessoas e comunidades, e nesse sentido introduziu na sua Estrutura Curricular uma disciplina que congregou 180 horas de práticas cujo resultado vê-se no depoimento do estudante:

[...] Mas assim, em contrapartida a gente teve outras disciplinas que a gente teve essa vivência, essa experiência prática aí em enfermagem e cidadania e saúde e cidadania, que foram duas disciplinas que levaram a gente pra aulas de campo, em conhecer tipo em saúde, hospital, PSF e órgãos, que eu já vi. (EBI-9).

Essas práticas foram introduzidas devido às contribuições dos alunos que sofreram com a ausência delas, mas através de suas críticas elas se tornaram contribuições e material preciosos sobre os quais o colegiado de curso trabalhou organizando práticas nas disciplinas, de forma a despertar no aluno o interesse precoce pela Enfermagem, destacando a integralidade como um princípio do cuidado ao cidadão. Conforme relata o estudante EBIII-05:

[...] no primeiro semestre a gente teve bastante enfoque na integralidade, a gente fez seminários, a gente foi num seminário de humanização do SUS, e tudo... Então, assim, a gente viu integralidade o semestre inteiro, a gente até faz piada na sala hoje em dia sobre isso! Mas assim, eu acho que pra prática de enfermagem é uma coisa que é muito importante, eu acho que não devia estar sendo focado só agora, já é uma coisa que devia vir desde sempre! (EBIII-05).

As disciplinas que trabalham a Enfermagem como prática social no início do curso fazem uma enorme diferença na identificação do aluno com a Enfermagem, conforme ilustra o relato do estudante EBIII-06;

Eu acho muito importante na formação, eu nunca vou esquecer do bloco I, que a gente trabalhou tanto com a Humanização, a gente visitou vários locais aqui em Cuiabá nas periferias, vimos a realidade em diferentes realidades, e então eu acho importante a gente ver isso, pra poder formar a sua opinião, porque eu tenho uma opinião formada, a esse assunto de cuidado integral. (EBIII-06).

A partir dessa lógica, a concepção pedagógica assumida pelo professor será, por sua vez, a determinante dos resultados, que, em última análise, é o futuro enfermeiro a ser formado (FREIRE, 1998).

A metodologia problematizadora propõe um tipo de ensino cujas características principais são a problematização da realidade e a busca de soluções para problemas detectados, permitindo o desenvolvimento do raciocínio crítico do aluno. Suas bases pedagógicas centram-se na proposta de construção do conhecimento pelo aluno, tendo o professor um papel de facilitador do processo. (VASCONCELLOS, 1999).

A identificação do aluno pautada nessa ótica é significativa, pois parte da realidade prática do sujeito do cuidado, como se observa no depoimento do estudante EBII-04:

[...] mas não esquecer disso que é o principal, que é a humanização, tratar o paciente com cuidado e com carinho, porque ele que é o ator principal, ele que é o foco da conversa! Eu acho que é isso, cuidado integral pra mim é a equipe toda, pra mim é ver o paciente como um todo, a humanização mesmo que a gente aprendeu no primeiro semestre, acho que foi muito importante, pra mim é isso. (EBII-04).

Mas as práticas também levam os alunos a criar identidade com a comunidade e com a própria equipe de Enfermagem começando a se perceber como parte desse universo de cuidado.

A gente foi no PSF do Jardim Vitória, acho que foi isso, no PSF do Jardim Vitória, a gente trabalhou com a população, conversamos, até fizemos pesquisa assim, pesquisa informal né, no caso, vendo sobre o que eles achavam dos profissionais, como eles estavam sendo tratados, então foi muito bom essa parte da humanização que a gente teve assim no primeiro semestre. (EBII-04).

Esses movimentos dos alunos em relação às práticas de campo, onde eles desenvolvem a identificação com a Enfermagem em que ela é exercida, quem a exerce cria os elementos necessários para a formação do futuro profissional ético e comprometido.

Por sua vez, a presença do docente torna-se imprescindível nos momentos de maiores fragilidades do aluno, para que este avance no curso, conforme ilustrado no depoimento do estudante EBV-07:

E quando, por exemplo, no meu estágio, no quarto semestre, os professores iam do lado seu lá na prática pra fazer as coisas. Mas agora eles já liberam mais a gente, eu tenho mais autonomia e mais responsabilidade. (EBV-07).

Demo (2004 p. 13) inspirado em Boff diz que saber cuidar da aprendizagem dos alunos “significa dedicação envolvente e contagiante, compromisso ético e técnico, habilidade sensível e sempre renovada de suporte do

aluno”, incluindo neste sentido também a rota de construção da autonomia. Diz ele ainda que é um “cuidado que não abafa, afoga, tutela, mas liberta, colocando o professor não como dono ou capataz do processo, mas como mentor socrático ou maiêutico” (DEMO, 2004). O docente maiêutico é entendido por Demo como:

[...] aquele que ajuda o acadêmico a produzir um conhecimento que lhe seja vital, para orientar concretamente sua vida, escolhas, valores morais, noutras palavras é quem instiga para promover emancipação. É aquele que estimula o acadêmico à curiosidade pelo desconhecido, incita à procura de respostas, a iniciativa, a compreensão e a elaboração de idéias próprias. (CAMPOS, 2008, p. 87).

A aprendizagem do aluno centrada nessa ótica é significativa, pois lhe transmite segurança e estimula o aprendiz a avançar na construção do conhecimento, como se observa no depoimento do estudante EBVI-017 abaixo:

[...] eu estou tendo uma experiência muito bacana nesse semestre com a professora que faz consulta comigo. Ela está do meu lado e eu tenho liberdade para abordar minha paciente e se me falta fazer uma pergunta, ela sutilmente faz. Então é uma forma assim, eu não estou mostrando, eu não estou ficando constrangida, nem a minha paciente e a minha professora. É um trabalho que fica em conjunto, então, eu sinto que isso é muito da sensibilidade do professor. (EBVI-17).

A aprendizagem significativa é aquela que leva o aluno a refletir sobre a ação, buscando “atualizar, renovar, simplificar, tornar melhor e mais eficiente” sua prática (WALDOW 2009, p. 142). Essa aprendizagem se torna possível quando o docente estimula o discente a refletir sobre a ação, conforme expressou o mesmo estudante *[...] olha o paciente depois daquela conversinha lá no corredor, o paciente ele falou isso e isso pra você, você pensou que isso tem relação com o que você viu? (EBVI-17).*

Assim, a

[...] relação professor-aluno deve ser pensada de forma horizontal, na qual ambos são aprendizes. O ensino passa a ser uma instância de comunicação, e a aula um espaço em que se

realiza um trabalho conjunto, ou seja, de professor e alunos. (WALDOW, 2009b, p. 182).

Essa ideia foi expressa pelo estudante EBV-03;

[...] quando eu realizei o exame ginecológico, a professora me ajudou, a primeira vez que eu realizei esse exame físico, foi observada ali uma secreção esbranquiçada, a professora orientou a conduta e pediu que comunicasse ao médico da paciente ao interno, porque foi no hospital, para que ela fosse encaminhada ao ginecologista. Então, além da gente fazer todo o exame físico, anamnese, orientar enquanto foi possível, a gente encaminhou também essa paciente! (EBV-03).

Quando as práticas de ensino são centradas no cuidado os “alunos terão a oportunidade de desenvolver, com muito maior probabilidade, posturas éticas” (WALDOW, 2009b, p. 183).

Eu tinha uma professora[...] que nossa! Essa professora, na época, a gente falava, essa professora só fala em humanização, só isso! Só isso! Depois que a gente vê a importância! [...] a gente brincava porque a professora falava em PSF pra cá, PSF pra lá e humanização[...] depois a gente percebeu a importância que tem! (EBII-04).

A formação do sujeito ético se dá ao longo do curso, sendo a somatória de todas as práticas e teorias desenvolvidas pelos docentes, mas centradas nos discentes. Os alunos nos semestres iniciais do curso observam mais a atuação dos seus docentes do que aprendem, teoricamente, o que é uma atitude ética. Mas isso muda ao longo do curso. Essa ótica foi expressa pelo estudante EBIX-11;

Como eu vejo essa dificuldade do professor e mostrando a realidade na prática. Então quando a gente vai pra prática, muitas vezes nós apanhamos vamos dizer assim, de forma bem vulgar, a gente apanha muito com a realidade lá, a gente não dá conta e

muitas vezes o professor não dá conta de responder ou porque ele tem essa dificuldade, ou porque também ele não teve na formação acadêmica dele. (EBVIII-02).

O sujeito ético além de se comprometer com as necessidades do outro, busca “articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em cada situação e contexto cultural”. (ITO, et al 2006, p. 574). O aprendiz passa a ter essa visão a partir do momento em que ele vivencia a realidade, conforme expressou o estudante abaixo:

[...] Só que hoje eu sei que é importante aquela visita que foi feita na casa, por que a partir daquela visita eu percebi as minhas condutas, eu vou direcionar o meu olhar para aquela pessoa. Então hoje eu vejo claro aquele estágio lá que a gente andava no hospital loucamente. (EBV-19).

Na visão de Waldow (2009b, 183) a “competência se revela na ação; é na prática profissional que elas são demonstradas, ou seja, é na prática que se exercitam suas potencialidades, que se atualizam suas potencialidades”, ou seja, é através da

[...] prática educacional, nas escolas por meio de seus currículos, nas relações professor-aluno, no cotidiano acadêmico, nas experiências oferecidas em campo de estágio, nas atitudes docentes e dos profissionais de campo que se educam os futuros profissionais de enfermagem. (WALDOW, 2009b, p.185)

Neste sentido se expressa o estudante EBVIII-16:

[...] eu entendo do ponto de vista assim, que esse cuidado integral vai além de apenas ouvir o professor, o professor fala e o

aluno escuta ainda mais inserido no campo prático assistencial, com o contato direto com o cliente, vai, além disso. (EBVIII-16).

Quando o aluno ingressa no curso, ele ainda não conhece os conceitos da Enfermagem e suas relações com o cuidado integral, mas traz consigo o conhecimento do senso comum, de “fazer coisas”, que na visão de Luckesi (1994, p. 94), são “conceitos, significados e valores que foram adquiridos espontaneamente pela convivência ao longo da vida por ouvir dizer”, conforme ilustra o depoimento abaixo:

A meu ver, cuidado integral no processo de formação do enfermeiro vai desde a questão da preparação técnica dele, dele saber aplicar os conhecimentos técnicos né? Da área de saúde envolvendo conhecimentos que abranjam desde a questão do corpo, do risco da pessoa, mas também do seu lado espiritual mental. (EBI-09).

O conceito de doença que perpassa a fala dos alunos até o quarto semestre é de um evento episódico na vida de uma pessoa, conforme ilustra o relato abaixo:

[...] ter noção da pessoa, não só a doença dela, mas como também o que ela pensa, como ela está emocionalmente, a família dela como está lidando com aquela situação, eu tenho que ter controle de tudo, não só da doença, mas da pessoa em si, porque isso vai influenciar também na melhora, ou no agravamento do quadro dela. (EBIV-15).

O aluno que está na fase mediana do curso ainda fala no condicional sobre sua compreensão do que seja cuidado integral, conforme ilustram os depoimentos abaixo:

[...] acho que ainda tenho muito a aprender, mas vejo que é olhar o paciente não só como aquela patologia, como a enfermidade, mas como a pessoa que habita esse corpo, e que

tem diferentes necessidades, que precisa acima de tudo ser acolhido, e não só o cuidado da doença, doença física, mas também da doença da sua alma, precisa ser olhado. (EBV-03).

[...] eu acho assim, o cuidado integral é aquele que a gente, nós enquanto acadêmicos escutamos todo dia como cuidado ideal, preconizado pelo enfermeiro enquanto profissional. É aquele que a gente vê o cliente como um todo, inserido num ambiente, onde esse meio tem muitas influências sobre ele. (EBVI-25).

No entanto, o aluno que está no penúltimo semestre do curso já tem maior compreensão do que seja cuidado integral, se aproximando dos conceitos trabalhados pelos autores que visualizam a integralidade do cuidado como eixo constitutivo da formação do enfermeiro, conforme se vê no relato do estudante a seguir;

[...] É o usuário, o contexto onde estamos, a sociedade, então assim, além da assistência, a técnica, vê o psicológico, o usuário, a política onde encontramos o meio, além da dimensão também, quer dizer, do bairro, da cidade e até mesmo do próprio país, a história, a religião, cultura e muitas outras coisas que emergem além da técnica. (EBVIII-02).

Já no último semestre do curso, o aluno incorpora na sua prática diária o conceito de cuidado integral em saúde e Enfermagem como uma função do enfermeiro, como se evidencia no relato abaixo:

Eu entendo como uma função de enfermagem, como uma característica própria do enfermeiro. Olhar o paciente de forma integral, de forma completa, de forma que você possa ser para ele aquele profissional que vai planejar as suas ações em cima daquilo que você observa que é necessidade. (EBIX-20).

Para Ayres (2004, p. 78) as práticas de saúde que atendem às necessidades do sujeito são;

[...] aquelas que permitem o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde.

Nesse sentido, apesar da atual estrutura curricular do curso estudado ainda favorecer a fragmentação de saberes entre as ciências sociais, ciências biológicas, bem como a promoção da invisibilidade da enfermagem como uma prática social, nos três semestres iniciais do curso, percebem-se algumas práticas de ensino que assumem a integralidade nas práticas de saúde, uma vez que

[...] como um pensamento em ação, um processo de construção que envolve a pessoa que ensina a que aprende, o outro que é cuidado e o entorno físico e gerencial; envolve os conhecimentos formais e as sensações e considera a produção e a transformação de saberes e práticas um campo de forças históricas, ou seja, possíveis de se recriar. (PINHEIRO, CECCIM, 2005, p. 14).

O curso de Enfermagem da instituição estudada vem caminhando nessa direção, ao permitir que o aluno seja co-partícipe no processo de construção do Projeto Político Pedagógico do curso, retro-alimentando o Colegiado de Curso e a Coordenação de ensino através da vivência concreta e reflexiva do Projeto Político Pedagógico em andamento. Essa ação evidencia a dinamicidade que deve ser intrínseca à construção do Projeto Político Pedagógico, bem como à necessidade de abertura que os estudantes precisam ter junto ao colegiado de curso e à coordenação de ensino. Gerir um curso Universitário exige do gestor uma visão essencialmente democrática que valorize os espaços de crítica e reflexão sobre o projeto pedagógico do curso.

6 Considerações finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo que ora finalizamos teve como eixo central compreender as concepções sobre o cuidado integral de docentes e discentes de enfermagem da FAEN/UFMT. Tínhamos como pressuposto que o ensino do cuidado integral nas práticas de enfermagem contribui de maneira significativa para uma prática de enfermagem acolhedora e humanizada e também que o docente que domina a arte de cuidar, consegue cuidar tanto do aprendizado do aluno como do outro que o aluno está aprendendo a cuidar.

Iniciamos o estudo tentando melhor compreender as grandes transformações que iniciaram no campo da saúde e da educação, a partir da aprovação da Constituição Federal no ano de 1988. Esta trouxe em seu artigo 196 a afirmação da Saúde como direito do cidadão e dever do Estado e foi através da Lei Orgânica da Saúde n. 8080, aprovada em 19 de setembro de 1990, que se instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) para todos os níveis de ensino trouxe em seu texto as diretrizes gerais para a organização da educação e do ensino nos diferentes níveis em todo o país. Compreender o ensino e a formação em enfermagem implicou também compreender as relações que existem entre estas duas leis acima citadas e esse foi nosso ponto de partida.

Fizemos a contextualização do nosso objeto de estudo e lembramos que este foi redesenhado, bem como os objetivos do estudo ao longo do trabalho de pesquisa e isto se deu um pouco pelos nossos limites teóricos e pelo tempo definido para o término da dissertação.

Outro pressuposto do estudo que ora findamos foi de que há uma compreensão diferenciada entre os sujeitos do estudo sobre o que seja cuidado integral e também que há diferenças nas formas como cada um ensina esse amplo tema no seu cotidiano de educadores em enfermagem. Também os discentes vão formando suas concepções sobre o cuidado integral e percebemos no estudo que isto se dá mais pela observação dos docentes em ação de cuidar, do que pelo que é ensinado teoricamente nas salas de aula.

As práticas educativas se revelaram de diferentes maneiras no processo de análise e várias indicam que aportam um ou outro elemento definidor

do que seja o cuidado integral, mas que este permanece muito mais como um conceito polissêmico do que como uma prática possível na sua inteireza.

As práticas pedagógicas, tanto na fala dos discentes como dos docentes trazem diversos indícios da importância da visão de integralidade no cuidado em saúde e também revelam que compreender o cuidado integral teoricamente não significa que este possa ser posto em prática, pois ele, na sua inteireza, ainda é mais do mundo dos conceitos que do espaço cercado de limitações do cuidado cotidiano. Mas essas limitações podem ser superadas pela presença, interesse e envolvimento do sujeito que cuida. E neste ponto há algumas práticas pedagógicas que aportam mais elementos de cuidado do que outras e estas são aquelas onde o docente também cuida e evidencia suas competências como cuidador, é nelas que ele se mostra ao aluno como docente-enfermeiro que é.

No curso estudado, apesar de a estrutura curricular ainda favorecer a fragmentação do ensino nos semestres iniciais do curso, pelos depoimentos dos discentes percebemos que esta vem sendo constantemente aperfeiçoada e que o cuidado integral parece realmente fazer parte do ensino em quase todos os semestres onde há docentes enfermeiros, mas que onde há predomínio de docentes de outras áreas que não são enfermeiros o cuidado desaparece e isso é motivo de crítica tanto dos alunos como dos docentes enfermeiros. Houve vários depoimentos que sugeriram que o ensino teórico e prático do cuidado deve estar em todos os semestres do curso.

O processo de apreensão de como esse conceito se concretiza no cotidiano das práticas pedagógicas trabalhadas pelos docentes ao longo do processo de formação em enfermagem no curso estudado nos mostrou que nossos pressupostos iniciais se confirmaram em parte, ou seja, que o aluno de enfermagem aprende mais sobre cuidado integral cuidando e observando seus professores agirem como cuidadores, do que teorizando sobre ele em sala de aula.

O cuidado integral aporta muitos elementos que podem servir como base para se pensar projetos pedagógicos e mesmo para o planejamento cotidiano do ensino em enfermagem. Percebemos na vasta produção sobre o tema, que há um grande potencial nas teorizações sobre cuidado integral que pode apoiar o desenvolvimento de novos estudos sobre boas práticas pedagógicas em enfermagem e saúde.

Para finalizar lembramos que a competência pedagógica se revela na ação pedagógica docente e reiteramos que o professor está condenado a aprender seu ofício na prática e desde a prática cotidiana, já que cada sujeito que ensina é único e cada dia de ensino é absolutamente singular. A isso acrescentamos, já que falamos da enfermagem: é no espaço concreto da prática profissional em enfermagem que as competências para o cuidado são demonstradas, é no fazer que elas emergem, ou seja, é na prática que exercitamos nossas potencialidades e nelas também as atualizamos e aperfeiçamos.

Referências

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface Comunic. Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf> >. Acesso em: 16 Fev. 2010.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e Humanização das práticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 3 n. 10. p. 549-559, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>>. Acesso em: 06/03/2010.

BAGNATO, M. H. S.; RODRIGUES, R. M. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm**, Campinas, v. 60, n. 5, p. 507-512, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a05.pdf>> Acesso em: 08/04/2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, 9. ed. Vozes, 1999. 199 p.

BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Lei nº. 9.394 de 20/12/1996 **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília: Ministério da Educação, 1996.

BRASIL, Decreto nº. 791 de 27 de setembro de 1890, **Sala das sessões do Governo Provisório**, 27 de setembro de 1890. Disponível em: < <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=53774> >. Acesso em: 08/04/2009.

_____. Ministério da Saúde. Enfermagem: **Legislação e assuntos correlatos**. Rio de Janeiro: FESP, 1974. 3 v.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidado Primários, Alma-Ata, URSS 1978**. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> >. Acesso em: 08/04/2009.

_____. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde**, 1986, Ottawa, Canadá. Disponível

em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em 08/04/2009.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 17 Fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Portaria nº. 1721 de 15/12/1994 **Fixa os mínimos de conteúdos e duração de curso de graduação em enfermagem.** Diário Oficial da União. Brasília 16 de dez.1994.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96: **Sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.pppg.ufma.br/departamentos/comitedeetica/resolucao196.pdf>>. Acesso em: 08/04/2009.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Departamento de Política de Ensino Superior. Coordenação das Comissões de Especialistas de Ensino. Comissão de Especialistas de Enfermagem. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação de Enfermagem.** Brasília, 1999.

_____. Ministério da Educação. Resolução do Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES n.1133**, de 7 de agosto de 2001. nº. 3 de 07/11/2001. Disponível em <<http://mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm>>. Acesso em: 08 de abril 2009.

_____. Lei Federal n. 10.861 de 14 de abril de 2004. **Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 abr. 2004, Disponível em: <http://www.pucrio.br/sobrepuc/depto/ccpa/cpa/docs/lei_SINAES_042004.pdf> Acesso em: 08/04/2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde/**Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) [texto na Internet]. Brasília (DF) 1996 [citado 2009 Outubro 9]. Disponível em: <http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_acolhimento.pdf>. Acesso em: 28/02/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [texto na Internet]. Brasília (DF) 1996 [citado 2009 Outubro 9]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf>. Acesso em: 16 Fev. 2010.

_____. Ministério da Educação. **SINAES, Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: Relatório do Curso de Enfermagem** ENADE, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://poretal.saude.gov.br>>. Acesso em: 08/04/2009.

_____, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude1.pdf>. Acesso em 08/04/2009.

CAMPOS, D. S. **Práticas pedagógicas de docentes de enfermagem da UFMT – um olhar maiêutico**. 2008. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, UERJ/IMS ABRASCO, 2001. p. 113-126.

DEMO, P. **Professor do Futuro e reconstrução do conhecimento**. Petrópolis, RJ, Vozes, 2004. 111 p.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de Pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 31 – 50.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1998.

GALLEGUILLLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc.**

Enferm. USP, São Paulo, v. 35, n.1, p. 80-87, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a12.pdf>>. Acesso em: 16 Fev. 2010.

GERMANO, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985. 118 p.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, 2006, v. 40, n. 4, p. 570-575. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a16.pdf>>. Acesso em: 16 Fev. 2010.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. Pedagogia das competências um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem: uma revisão da literatura. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 92-99, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a15v19n1.pdf>>. Acesso em: 16 Fev. 2010.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994. 181p.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf> >. Acesso em: 16 Fev. 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. 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. 39-64.

MATTOS R. A. A integralidade na prática: ou sobre a prática da integralidade. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 20, n. 5, p. 1411-16, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em 06 de Mar. 2010.

MEDEIROS, M; TIPPLE, A. F. 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, 1999. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/666>>. Acesso em: 08/04/2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa social em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 269 p.

_____, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MORAN, J. M. Novas Tecnologias e o Reencantamento do Mundo, **Tecnologia Educacional**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 126, p. 24-26, 1995. Disponível em: < <http://www.eca.usp.br/prof/moran/novtec.htm> >. Acesso em: 16 Fev. 2010.

MOREIRA, L. C. **As faces e interfaces do processo de trabalho de enfermagem em instituições hospitalares de Cuiabá**. 1999. 276 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 1999.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: 1979. 138 p.

PEREIRA, W. R. et al. 2009. **Análise das dinâmicas subjacentes aos processos de mudança que apontam novas práticas pedagógicas na formação de enfermeiros em duas instituições públicas de ensino de graduação em enfermagem**. Cuiabá: UFMT/ Edital MCT/CNPq/MS-DECIT 23/2006-2. Relatório de Pesquisa Multicêntrica. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal Fluminense. Cuiabá/MT e Niterói/RJ.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 192 p.

_____. P. **A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 232 p.

PINHEIRO, R. As Práticas do cotidiano na relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade, In:_____. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R; LUZ, M. T. Práticas Eficazes X Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade, In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p. 7-34.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 13-33.

PUCCINI, P. T; CECÍLIO, J. C. O. A Humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/29.pdf> >. Acesso em: 06/03/2010.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 16 Fev. 2010.

SENA, R. R. et al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p.23-34, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/02.pdf>>. Acesso em: 16 Fev. 2010.

SILVA JUNIOR, A. G; PONTES, A. L. M; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ CEPESQ: ABRASCO, 2005, p. 93 – 110.

SILVA, G. B. **A enfermagem profissional: análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 143 p.

SILVA, E. R. **Tendências de formação profissional presentes nos estágios curriculares supervisionados no curso de Enfermagem da UFMT**. 2006. 180 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Instituto de Educação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2006.

SAUPE, R. **Ação e reflexão na formação do enfermeiro através dos tempos**. In: Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC, 1998, p. 27 – 73.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações, In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p. 89-112.

UFMT (Universidade Federal do Mato Grosso).**Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Faculdade de Enfermagem e Nutrição, Coordenação de Ensino de Enfermagem, Cuiabá, 1996.

VASCONCELOS M. M. M. **Aspectos, pedagógicos e filosóficos da metodologia da problematização**. In: Metodologia da problematização: fundamentos e aplicação. Londrina: UEL, 1999. p. 29-42.

WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In:_____. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 7-30p.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

_____. V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo**. Petrópolis: Vozes, 2004. 237 p.

_____. V. R. **Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico**. Petrópolis: Vozes, 2005. 133 p.

_____. V. R. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 140-145, 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>>. Acesso em: 16 Fev. 2010.

_____. V. R. Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.182-188, 2009b. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/182a188.pdf>. Acesso em: 16 Fev. 2010.

Apêndices

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto Matricial: Análise das dinâmicas subjacentes aos processos de mudança que apontam novas práticas pedagógicas na formação de enfermeiros em duas instituições públicas de ensino de graduação em enfermagem

Projeto (Recorte) Concepções sobre cuidado integral em saúde no Curso de Enfermagem da UFMT

Pesquisadoras envolvidas: **WILZA ROCHA PEREIRA** (COORDENADORA DO PROJETO MATRICIAL/DOCENTE DO PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM /FAEN/UFMT). **MARGARETE DE CASTRO** (PESQUISADORA/MESTRANDA EM ENFERMAGEM / FAEN/UFMT)

Objetivo principal: Compreender as concepções sobre cuidado integral de docentes e discentes do curso de enfermagem da UFMT.

Procedimentos: A primeira fase da pesquisa será divulgar a pesquisa e convidar todos os docentes interessados em participar da mesma. Aqueles que aceitarem será esclarecido sobre seus objetivos para, em tendo ainda o desejo de participar, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido com todas as garantias definidas pela norma 196/MS, como confidencialidade, anonimato, desistência de participação na pesquisa a qualquer momento que desejar. Após a identificação/definição dos sujeitos que farão parte da pesquisa, marcaremos as datas e os locais para realizar as entrevistas que serão gravadas e transcritas pelos pesquisadores, para posterior análise.

Possíveis riscos de desconforto: alguns constrangimentos para os sujeitos da pesquisa poderão surgir na aplicação das entrevistas, a serem contornados pelo pesquisador-entrevistador.

Benefícios previstos: Contribuir para ampliar o conhecimento sobre a temática e com o colegiado de curso de graduação para compreender como se dão as práticas e relações pedagógicas entre professores e alunos dentro do curso de enfermagem da UFMT.

Eu, _____, docente/discente do Curso de Enfermagem da UFMT, fui adequadamente informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa sobre práticas pedagógicas desenvolvidas por docentes deste curso. Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes dessa pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo a qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade. Fui também esclarecido que esse termo terá duas vias e que uma ficará em meu poder. Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, e estou de acordo em participar do mesmo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador principal: _____

Obs.: Em caso de necessidade, em CUIABÁ, contate MARGARETE DE CASTRO (pesquisadora principal) pelo telefone celular (65) 9975 1593 e e-mail: florplant@bol.com.br e também Dra. WILZA ROCHA PEREIRA (orientadora do trabalho) no fone: 3642 5661 e e-mail: wilzarp@terra.com.br
Informações sobre o projeto fazer contato com o CEO do HUJM: fone: (65) 36157254.

Cuiabá, ____ de _____ de 2009.

APÊNDICE 02 - ROTEIRO DE TEMAS PARA APROFUNDAR NAS ENTREVISTAS COM OS DOCENTES

- Temas a serem aprofundados, conforme forem aparecendo nos depoimentos:
 1. O que você entende por cuidado integral no contexto da formação do enfermeiro?
 - 1.1 temas – acolhimento, vínculo, resolutividade, escuta atenta, cuidado integral, responsabilização, ética, comunicação, aproximação, aceitação.
 2. De acordo com sua vivência como docente do curso de graduação em enfermagem da UFMT, fale sobre as experiências pedagógicas por você vivenciadas e conduzidas em que houve claramente a valorização do cuidado integral em saúde e enfermagem.

APÊNDICE 03 - ROTEIRO DE TEMAS PARA APROFUNDAR NAS ENTREVISTAS ABERTAS COM OS DISCENTES

- Temas a serem aprofundados, conforme forem aparecendo nos depoimentos:

1. O que você entende por cuidado integral no processo de formação do enfermeiro?

1.1 temas – acolhimento, vínculo, resolutividade, escuta atenta, cuidado integral, responsabilização, ética, comunicação, aproximação, aceitação.

2. De acordo com sua vivência como aluno de graduação em enfermagem, fale sobre as experiências pedagógicas por você vivenciadas em que percebeu claramente a valorização do cuidado integral em saúde e enfermagem.

APÊNDICE 04 - FICHA DE REGISTRO DAS ENTREVISTAS POR ÁUDIO

Título da pesquisa: Concepções sobre cuidado integral em saúde entre docentes e discentes de enfermagem da UFMT	
1. Data da entrevista: ____/____/____	
2. Nome do entrevistado (optativo):	
3. Identificação da fita cassete:	Local:
3. Início:	Término:
4. Condições técnicas da gravação:	
5. Transcrição da gravação:	

Anexo

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – HUJM

Ministério da Educação
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

CEPHUJM
Folha nº 31

CEPHUJM
Folha nº

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 315/CEP-HUJM/07

"COM PENDÊNCIAS"

☐

APROVADO "ad referendum"

☐

APROVAÇÃO FINAL

☒

NÃO APROVADO

☐

O projeto de pesquisa intitulado: "Análise das dinâmicas subjacentes aos processos de mudanças que apontam novas práticas pedagógicas na formação de enfermeiros em duas instituições públicas de ensino de graduação em enfermagem," encaminhado pelo (a) pesquisador (a) Wilza Rocha Pereira foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 24/01/2007 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 24 de janeiro 2007.

Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Profa. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
Rua L, SN. Jardim Alvorada. CEP 78048-790 Cuiabá – MT, Brasil
Fone: 65-3615-7254 e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br
http://www.ufmt.br/cep_hujm

Realizado 25/02/2007
Jm