

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS
PROGRAMA DE MESTRADO EM SOCIEDADE, TECNOLOGIA E MEIO AMBIENTE

A SAÚDE DA FAMÍLIA E O ENFERMEIRO:
POR UMA FORMAÇÃO EM FAVOR DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

CRISTIANE FERREIRA SANTANA

Anápolis – GO
2009

CRISTIANE FERREIRA SANTANA

A SAÚDE DA FAMÍLIA E O ENFERMEIRO:
POR UMA FORMAÇÃO EM FAVOR DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Dissertação elaborada como requisito para obtenção do título de Mestre em Sociedade Tecnologia e Meio Ambiente no Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA.

Orientadora: Profa. Dra. Florianita C.Braga Campos

Anápolis – GO

2009

CRISTIANE FERREIRA SANTANA

A SAÚDE DA FAMÍLIA E O ENFERMEIRO:
POR UMA FORMAÇÃO EM FAVOR DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Dissertação defendida no Curso de Mestrado em Sociedade Tecnologia e Meio Ambiente do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, para obtenção do grau de Mestre, avaliada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores.

Anápolis, ___/___/_____.

Prof^a Dr^a Genilda D'arc Bernardes
Coordenadora do Curso de Mestrado

Prof^a Dr^a Florianita C.B. Campos
Presidente da Banca

Prof^a Dr^a Tatiana Lionço
Avaliadora Externa

Prof^a Dr Nelson Bezerra Barbosa
Avaliador Interno

A DEUS QUE ME PROPORCIONOU MAIS ESTA VITÓRIA...
A ELE TODA GLÓRIA, TODA HONRA E TODO O LOUVOR...

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos filhos Pedro Paulo e Priscila que, muitas vezes, ficaram privados da presença da mamãe, respeitando meu horário de estudos. VOCES SÃO MUITO IMPORTANTES PARA MIM; AMO VOCÊS.

Ao meu amado marido, Sidney pela compreensão e incentivo dedicados a mim nesses dois anos de estudo e realização do projeto; pelos momentos de dedicação e encorajamento quando o desânimo abatia a minha alma. TE AMO, MUITO OBRIGADA.

À Minha família, pela paciência comigo durante essa trajetória, pelo tempo dedicado e as horas que dispensaram a mim enquanto estava à frente do computador.

A minha sogra e sogro, que dispensaram o seu tempo ajudando-me a cuidar da minha família. Muito Obrigada.

Aos meus pais pelo incentivo que demonstraram na construção dessa nova etapa da minha vida e sempre orando por mim.

Aos amigos e irmãos em Cristo que sempre estiveram-se lembrando de mim em suas orações.

Aos colegas da Uni EVANGÉLICA que, muitas vezes, presenciaram minha corrida e me dispensaram a sua compreensão.

Aos colegas, professores e coordenador do mestrado que sempre estavam perto incentivando-me e orientando sempre que precisava.

A TODOS que, de uma maneira ou outra, contribuíram para este estudo.

A tia Helena Mellazzo por sua contribuição nesse trabalho como revisora. Muito Obrigada.

A minha orientadora e hoje amiga, Prof^a.Dr^a. Florianita, por tudo que fez e realizou por mim. Sem ela não alcançaria esta vitória.

À banca examinadora pelas correções e acréscimos neste trabalho.

“O temor do Senhor é o princípio da sabedoria”.

Provérbios: 9:10^a

RESUMO

Este estudo relata as histórias da Saúde Pública e do profissional enfermeiro, buscando o encontro da formação profissional para atender os diferentes modelos de atenção à saúde. Neste histórico, pontuam-se as exigências profissionais para a estratégia em Saúde da Família na proposta de ampliação de acesso à Atenção Básica. Apresenta um estudo de projetos dos cursos de enfermagem das escolas mais tradicionais do Estado de Goiás e, também, entrevistas com os egressos dessas escolas, que atuam na Saúde da Família no Município de Anápolis, procurando identificar o aprendido e o exigido nas ações da Atenção Básica. Este estudo teve como objetivo principal, verificar nos currículos dos cursos e do profissional de enfermagem, subsídios que apontem para uma formação que vise a construir um processo de trabalho de caráter substitutivo, intersetorial e capaz de desenvolver a atenção integral à saúde com procedimentos no território, integrando a Equipe da Saúde da Família (ESF). A metodologia aplicada foi a descritiva. Trata-se de uma pesquisa documental por meio de exploração das fontes documentais e de abordagem qualitativa. Utilizou-se um instrumento contendo questões abertas e fechadas e uma entrevista semi-estruturada. Para a análise da temática, os dados colhidos nos currículos foram comparados entre o fazer do profissional e o que está escrito. A investigação ocorreu no período de março a outubro de 2008. A partir desses dados foram detectadas três categorias: a) organização do Processo de trabalho do profissional enfermeiro, USF; b) características/vivências do ensino em saúde pública; c) influências da formação acadêmica, na atuação dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde. As questões levantadas nesse estudo mostram que tanto nos currículos, como na atuação do profissional no âmbito da estratégia em Saúde da Família, é recente a introdução de temas e estágios importantes para o profissional da ESF, quanto no município também é novidade o modelo substitutivo, paradoxalmente, fazendo com que os cursos não encontrem campos de estágio para melhor capacitação dos alunos. Finalmente, fazemos destaque da saúde no município de Anápolis, em que se nota o aumento da ESF, de 36.661 da população cadastrada no Sistema de Informação de Atenção Básica de Saúde (SIAB – modelo de Atenção PSF), em 2001 para um aumento em 2006 de cadastrados em 115.231, abrangendo uma cobertura da população pelo PSF em 36,1%. Em relação a UniEVANGÉLICA, a criação de cursos na área de saúde, como o Curso de Farmácia, Medicina, e outros cursos já em andamento têm um papel de destaque na formação do profissional de saúde. Sendo assim, ressalta-se a importância da criação de mecanismos de formação de profissionais de saúde, para o SUS, para o desenvolvimento de uma práxis com competência em equipe multidisciplinar na Atenção Básica, na UniEVANGÉLICA.

Palavras-chave: Formação profissional. Atenção Básica. Território. Equipe de Saúde da Família.

ABSTRACT

This study tells the histories of the Public Health and of the professional male nurse, looking for the encounter of the professional formation to assist the different models of attention to the health. In this historical one, it punctuates the professional demands for the strategy in Health of the Family in the proposal of access amplification to the Basic Attention. He presents a study of the projects of the courses of nursing of the most traditional schools of the State of Goiás, and also interview with the exits of those schools that act in the Health of the Family in the Municipal district of Anapolis, trying to identify it learned and demanded it in the actions of the Basic Attention. This study had as main objective, to verify in the curricula of the courses and of the nursing professional, subsidies that you appear for a formation that seeks to build a process of work of character substitute, among sectorial and capable to develop the integral attention to the health with procedures in the territory, integrating the Team of the Health of the Family (ESF). The applied methodology was the descriptive. It is treated of a documental research through the exploration of the documental sources and of qualitative approach. An instrument was used containing open and closed subjects and a semi-structured interview. For the analysis of the thematic the data picked in the curricula they were compared among doing of the professional and what is written. The investigation happened in the period of March to October of 2008. To leave of those data three categories they were detected: a) organization of the work of the professional nurse; b) characteristics/existences of the teaching in public health; c) influences of the academic formation, in the professionals' performance that you/they work in the services of health. The lifted up subjects in that study show that so much in the curricula, as in the professional's performance in the ambit of the strategy in Health of the Family, it is recent the introduction of themes and important apprenticeships for the professional of ESF, as in the municipal district it is also innovation the model substitute, paradoxically doing with that the courses don't find apprenticeship fields for the students' better training. Finally we noticed the prominence of the health in the municipal district of Anapolis, which is noticed the increase of ESF, of 36.661 of the population registered in the System of Information of Basic Attention of the Health (SIAB - model of Attention PSF), in 2001 for an increase in 2006 of having registered in 115.231, embracing a covering of the population for PSF in 36,1%. In relation to UniEVANGÉLICA, the creation of courses in the area of health, as the Course of Drugstore, Medicine, and other courses already in process that has a prominence paper in the professional's of health formation. Being like this, the importance of the creation of mechanisms of professionals' of health formation is pointed out, for SUS, for the development of the praxis with competence in team several disciplines in the Basic Attention, in UniEVANGÉLICA.

Key-Words: Professional formation. Basic attention. Territory. Team of Health of the Family.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
<i>Apud</i>	Do latim, de acordo com, segundo o autor
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
ECS	Estágio Curricular Supervisionado
ESF	Estratégia Saúde da Família
<i>Et al.</i>	Do latim, demais autores e/ou colaboradores
IES	Instituto de Ensino Superior
<i>Id ibid</i>	Do latim, mesma obra, mesmo autor
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Projeto de Diretriz Institucional
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNDU	Política Nacional de Desenvolvimento Urbano
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde b
PSF	Programa Saúde da Família
SEGETS	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico de Higiene Dentário
UBS	Unidade Básica Saúde
UBSF	Unida Básica Saúde da Família
UCG	Universidade Católica de Goiás
UFGO	Universidade Federal de Goiás
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
JUSTIFICATIVA	17
Capítulo 1 – HISTÓRIAS	19
1.1 Da enfermagem ao enfermeiro	19
1.1.1 O enfermeiro e o processo de trabalho	27
1.1.2 O enfermeiro e o cuidado.....	29
1.2 Saúde Pública no Brasil	33
1.3 A implantação do SUS.....	38
1.4 O nascimento da Estratégia Saúde da Família	42
1.4.1 Princípios básicos do Programa Saúde da Família.....	43
Capítulo 2 – FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA O SUS	45
2.1 A formação do profissional enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família.....	45
2.2 O profissional de saúde e a Atenção Básica.....	46
2.3 As experiências de formação.....	56
Capítulo 3 – PERCURSSO METODOLÓGICO	62
3.1 Tipo de estudo	62
3.2 Campo de estudo.....	62
3.3 População e amostra	63
3.4 Coleta de dados.....	64
3.5 Análise de dados	65
Capítulo 4 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	66
4.1 Análise documental.....	76
Capítulo 5 – TECENDO POSSIBILIDADES	84
5.1 O contexto de Anápolis e as Políticas de saúde	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 99

APÊNDICES

ANEXOS

INTRODUÇÃO

Alguns países em desenvolvimento, em especial o Brasil, são os maiores do mundo em desigualdades socioeconômicas mais destacáveis. Sendo assim, a pobreza assume múltiplos aspectos, resultando em diversidades de ordem física, econômica e social. Nesse cenário, as ações governamentais no setor saúde buscam a reduzir a morbidade e mortalidade populacionais, desenvolvendo políticas de saúde para o controle das doenças, prevenção, recuperação da saúde e atenção integral à comunidade.

O reordenamento do sistema de saúde é uma ação de interesse público para torná-lo funcional, uma vez que a mudança no quadro dos profissionais da atenção básica implica grandes progressos na qualidade de vida da população e na resolutividade dos problemas/necessidades evitando a doença, podendo atuar no modo de viverem em sociedade para construção de ambientes saudáveis visando uma melhor habitação, renda, alimentação, escola, que são fatores determinantes de saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi inspirado no modelo cubano, onde consiste em desenvolver o cuidar da saúde para população, especialmente em domicílio, em vez de esperá-lo na unidade de saúde e com a participação da comunidade visando a ter um melhor nível de saúde.

No Brasil, ele surgiu em 1994, como Programa de Saúde da Família, proposto pelo Ministério da Saúde. Após várias experiências de sucesso espalhadas no país, que apresentaram mudanças no perfil da saúde, como a redução da morbidade e também no modo de assistir a saúde, reorganizando a assistência na perspectiva da Atenção Básica, que resultavam na promoção de qualidade de vida da população. A partir de 2006, foi destinado a reorganizar o modelo assistencial brasileiro, como Estratégia, pela Portaria Ministerial nº 648/GM de 28 de março, cujo principal objetivo é a mudança no foco de atuação – do indivíduo para a família e para o ambiente onde ele vive por profissionais de saúde e incorporando o agente comunitário e o usuário. A funcionalidade dessa estratégia inicia com um levantamento das necessidades de determinada região, identificando os vários fatores da saúde da família, comunidade e indivíduo junto aos mesmos propondo soluções para essas necessidades mudando o enfoque das ações que serão executadas no trabalho da equipe.

Desta forma, a Saúde da Família tornou-se imprescindível para a estruturação da Atenção Básica no Brasil, pois buscam ações voltadas para prevenção, promoção, recuperação e proteção da saúde dos indivíduos contribuindo para a reorganização do modo de assistir

através da demanda, do estabelecimento de prioridades, do conhecimento da comunidade e do estabelecimento de vínculo.

A atuação do profissional de saúde, no modelo assistencial de atenção básica tem assumido o processo de construção do Sistema Único de Saúde, que hoje no Brasil é a política vigente, com isto torna-se o maior empregador para o profissional da área de saúde.

Segundo Duncan, (2004, p. V):

O Sistema Único de Saúde brasileiro é um dos maiores exemplos de inclusão social no Brasil e no mundo. Nos seus pressupostos e princípios, define o acesso universal dos cidadãos, a integralidade do cuidado em saúde e o controle social.

A Constituição Brasileira de 1988 define, saúde como direito do cidadão, e as Leis Orgânicas de Saúde que preconizam os princípios e diretrizes do SUS, como a equidade na diversidade do cuidado, o acesso universal, o vínculo e a integralidade no cuidado no território tornam-se metas básicas que moldam o modelo assistencial e que fazem a diferença na assistência para a intervenção no sistema de saúde mudando o seu perfil.

A dinâmica da formação do profissional de saúde entre o saber e a prática configura a assistência desenvolvida com qualidade promovendo uma resolutividade e trabalhando para a execução do direito: a saúde é dever do Estado.

A formação do profissional enfermeiro é base para o desenvolvimento do cuidar, para a produção de melhores habilidades e práticas sociais, promovendo o sujeito tanto como o trabalhador da saúde como o usuário da saúde.

A educação tradicional produzindo um conhecimento tecnicista direcionado para a doença/enfermidade, fragmentando o indivíduo em conteúdo como: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, etc.; de especialidades: pediatria, cardiologia, etc.; do corpo biológico: sinais e sintomas, que sustentam o modelo assistencial hegemônico, enquanto que na Estratégia da Saúde da Família a atuação do profissional exige um desenho do perfil epidemiológico, num cenário diversificado, no território, com um corpo social determinando sua ação e com a participação da comunidade e trabalhando em equipe de multiprofissionais com uma visão holística, integral.

Portanto, a formação do profissional como base para o desenvolvimento de suas habilidades com qualidade, levará a desenvolver uma assistência substitutiva e diferenciada no modelo assistencial da Atenção Básica. No caso da enfermagem, as diretrizes curriculares dos cursos de graduação aprovadas em 2001 e 2002, afirmaram que o profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente e que o profissional enfermeiro deve assegurar uma

assistência de atenção integral, com qualidade e humanização assegurando as necessidades sociais da população (ALMEIDA, 2003).

Sendo assim, o profissional enfermeiro tem um papel importante na Equipe Saúde da Família (ESF), na construção e no reordenamento do modelo assistencial e, também, a sua formação tem importância como sustentáculo do conhecimento para o desenvolvimento de uma práxis com criatividade, reflexiva e crítica.

A importância desse estudo é averiguar a formação do profissional enfermeiro em Goiás, o quanto tem ocorrido transformações no seu currículo, que evidenciam uma prática nos modos de trabalho de caráter substitutivo, intersetorial e com procedimentos no território e integrando uma equipe de saúde.

O presente estudo privilegia os seguintes objetivos:

Verificar nos currículos dos cursos e do profissional de enfermagem, subsídios que apontem para uma formação que, vise ao processo de trabalho de caráter substitutivo, intersetorial e capazes de desenvolver atenção integral à saúde com procedimentos no território, integrando a Equipe Saúde da Família;

Identificar nos currículos de enfermagem conteúdos de saúde pública que abordem as mudanças no modelo assistencial das políticas vigentes;

Identificar os conhecimentos programados em relação ao processo de trabalho exigido na estratégia Saúde da Família;

Relatar as transformações ocorridas na prática que favoreçam mudanças no processo de trabalho;

Descrever o processo de trabalho na equipe de Saúde da Família desenvolvido pelos profissionais de enfermagem.

A metodologia aplicada é descritiva por ser um método que permite uma abordagem direta, que leva a observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos sem que se façam as interferências. Foi uma pesquisa documental com a exploração de fontes documentais e de abordagem qualitativa, pois a mesma procura explicar fatos, utilizando conhecimento teórico e prático. Foi aplicado um instrumento contendo questões abertas e fechadas e uma entrevista semi-estruturada. Para investigação, utilizou-se análise de temática para maior aproveitamento e os dados colhidos nos currículos são comparativos quanto ao fazer do profissional e o que está escrito.

O trabalho encontra-se estruturado em capítulos: o primeiro trata da história da saúde pública e da política de saúde, bem como, a história da enfermagem; o segundo da educação, a formação do profissional de saúde e suas normalizações; o terceiro aborda o

percurso metodológico utilizado para o desenvolvimento da pesquisa; o quarto refere-se à análise de dados e discute os resultados encontrados; o quinto aborda a discussão temática da profissionalização para o âmbito do SUS e mudanças curriculares pertinentes. E as considerações finais.

JUSTIFICATIVA

Desde 18 de setembro de 1978, com a Conferência da Alma-Ata, que é um divisor de águas para a saúde, vem acontecendo uma revolução no modo de assistir a saúde do indivíduo. No Brasil, não é diferente. A saúde passou a ser um direito do cidadão e com acesso universal.

Não é de estranheza para ninguém que a proposta de “cuidados primários de saúde” dá solução para a maioria dos problemas da população de uma maneira simplificada, baseados em tecnologia e métodos práticos e também socialmente mais aceitáveis. Sendo assim, o modelo assistencial vem passando por mudanças em resultado desse divisor de águas e também da nova política de saúde vigente no Brasil. Juntamente com o processo de mudanças do modelo assistencial, a formação do profissional tem a obrigatoriedade de acompanhar essas transformações por ser a base da práxis desenvolvida.

A Estratégia Saúde da Família, em 2006, foi escolhida para reorganizar esse modelo assistencial de Atenção Básica, sendo uma nova forma desenvolver o cuidar pelo profissional de saúde, atendendo os princípios do Sistema Único de Saúde e também para uma mudança de visão onde a saúde hoje não é mais privilégio de alguns e sim um direito do cidadão garantido em Constituição.

O modelo substitutivo supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, nos sinais e sintomas, medicalizante, individual, pouco efetiva e sem levar em conta a família, comunidade e indivíduo. Prioriza o trabalho participativo, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

A Estratégia Saúde da Família não é apenas estratégia para acesso universal a Atenção Básica, mas estratégia para a interação entre sujeitos para participação num mesmo objetivo que é a atenção à saúde: usuário e cuidador (médico, enfermeiro, dentista, etc.) em relação.

Contudo, tal reforma, na Atenção Básica, muda a forma de atender não apenas de uma categoria e força todas as demais a repensarem seu processo de trabalho. Assim a formação desses profissionais, que atuam nesse modelo tem o desafio de transpor o saber tradicional.

A formação é a base para o desenvolvimento de uma prática com qualidade, firmada no conhecimento e competência, permitindo ao profissional cumprir ou executar sua missão. Nenhuma profissão da área de saúde conseguirá dar novo sentido ao ser profissional

se a relação usuário e cuidador não sofrer mudanças em sua formação desde a escola – técnica ou universitária.

Frente à problemática supracitada, esta pesquisa trará conhecimento da política de saúde vigente e da formação do profissional enfermeiro. Tendo ainda sua relevância na assistência e na academia com seu importante papel na comunidade, tentando acrescentar mais conhecimento a ser colocado em prática de um modo horizontal desenvolvido em equipe e junto à população. O que refletirá sistematicamente no atendimento e entendimento dos problemas desta relação usuário-profissional da saúde, em sua atenção básica.

1. HISTÓRIAS

1.1 Da enfermagem ao enfermeiro

Enfermagem é a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde. O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a filosofia, que responde à grande questão existencial do homem, a ciência e tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e a ética, numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades.

A profissão surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. As práticas de saúde instintivas foram às primeiras formas de prestação de assistência. Num primeiro estágio da civilização, estas ações garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como pano-de-fundo as concepções evolucionistas e teológicas, Mas, como o domínio dos meios de cura passou a significar poder, o homem, aliando este conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele. Quanto à Enfermagem, as únicas referências concernentes à época em questão estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes.

As práticas de saúde mágico-sacerdotais abordavam a relação mística entre as práticas religiosas e de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos. Este período corresponde à fase de empirismo, verificada antes do surgimento da especulação filosófica que ocorre por volta do século V a.C. Essas ações permanecem por muitos séculos desenvolvidos nos templos que, a princípio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados. Posteriormente, desenvolveram-se escolas específicas para o ensino da arte de curar no sul da Itália e na Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades da costa.

Naquelas escolas pré-hipocráticas, eram variadas as concepções acerca do funcionamento do corpo humano, seus distúrbios e doenças, concepções essas, que, por muito tempo, marcaram a fase empírica da evolução dos conhecimentos em saúde. O ensino era vinculado à orientação da filosofia e das artes e os estudantes viviam em estreita ligação com seus mestres, formando as famílias, as quais serviam de referência para mais tarde se organizarem em castas. As práticas de saúde no alvorecer da ciência relacionam a evolução das práticas de saúde ao surgimento da filosofia e ao progresso da ciência, quando estas então se baseavam nas relações de causa e efeito. Inicia-se no século V a.C., estendendo-se até os primeiros séculos da Era Cristã.

A prática de saúde, antes mística e sacerdotal, passa agora a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças e na especulação filosófica, baseada na investigação livre e na observação dos fenômenos, limitada, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos anatomofisiológicos. Essa prática individualista volta-se para o homem e suas relações com a natureza e suas leis imutáveis. Este período é considerado pela medicina grega como período hipocrático, destacando a figura de Hipócrates, que propôs uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação. Não há caracterização nítida da prática de Enfermagem nesta época.

As práticas de saúde monástico-medievais focalizavam a influência dos fatores sócio-econômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo. Esta época corresponde ao aparecimento da Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como característica inerentes à Enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão à Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio.

As práticas de saúde pós-monásticas evidenciam a evolução das ações de saúde e, em especial, do exercício da Enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Corresponde ao período que vai do final do século XIII ao início do século XVI. A retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades não constituíram fator de crescimento para a Enfermagem.

Enclausurada nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo a desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Inquisição. O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos.

Sob exploração deliberada, considerada um serviço doméstico, pela queda dos padrões morais que a sustentava, a prática de enfermagem tornou-se indigna e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase tempestuosa, que significou uma grave crise para a Enfermagem, permaneceu por muito tempo e apenas no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram, principalmente, de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais. As práticas de saúde no mundo moderno analisam as ações de saúde e, em especial, as de Enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista. Ressaltam o surgimento da Enfermagem como atividade profissional institucionalizada. Esta análise inicia-se com a Revolução Industrial no século XVI e culmina com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX.

No Período Pré-Cristão as doenças eram tidas como um castigo de Deus ou resultavam do poder do demônio. Por isso os sacerdotes ou feiticeiras acumulavam funções de médicos e enfermeiros. O tratamento consistia em aplacar as divindades, afastando os maus espíritos por meio de sacrifícios. Usavam-se: massagens, banho de água fria ou quente, purgativos, substâncias provocadoras de náuseas. Mais tarde os sacerdotes adquiriam conhecimentos sobre plantas medicinais e passaram a ensinar pessoas, delegando-lhes funções de enfermeiros e farmacêuticos. Alguns papiros, inscrições, monumentos, livros de orientações política e religiosa, ruínas de aquedutos e outras descobertas nos permitem formar uma idéia do tratamento dos doentes.

Egito os egípcios deixaram alguns documentos sobre a medicina conhecida em sua época. As receitas médicas deviam ser tomadas acompanhadas da recitação de fórmulas religiosas. Praticava-se o hipnotismo, a interpretação de sonhos; acreditava-se na influência de algumas pessoas sobre a saúde de outras. Havia ambulatório gratuito, onde era recomendada a hospitalidade e o auxílio aos desamparados.

Na Índia, documentos do século VI a.C. nos dizem que os hindus conheciam: ligamentos, músculos, nervos, plexos, vasos linfáticos, antídotos para alguns tipos de envenenamento e o processo digestivo. Realizavam alguns tipos de procedimentos, tais como:

suturas, amputações, trepanações e corrigiam fraturas. Neste aspecto o budismo contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem e da medicina. Os hindus tornaram-se conhecidos pela construção de hospitais. Foram os únicos, na época, que citaram enfermeiros e exigiam deles qualidades morais e conhecimentos científicos. Nos hospitais eram usados músicos e narradores de histórias para distrair os pacientes. O bramanismo fez decair a medicina e a enfermagem, pelo exagerado respeito ao corpo humano - proibia a dissecação de cadáveres e o derramamento de sangue. As doenças eram consideradas castigo.

Entre os Assírios e Babilônios existiam penalidades para médicos incompetentes, tais como: amputação das mãos, indenização, etc. A medicina era baseada na magia, acreditava-se que sete demônios eram os causadores das doenças. Os sacerdotes-médicos vendiam talismãs com orações usadas contra ataques dos demônios. Nos documentos assírios e babilônicos não há menção de hospitais, nem de enfermeiros. Conheciam a lepra e sua cura dependia de milagres de Deus, como no episódio bíblico do banho no rio Jordão. "Vai, lava-te sete vezes no Rio Jordão e tua carne ficará limpa". (II Reis: 5, 10-11)

Na China os doentes chineses eram cuidados por sacerdotes. As doenças eram classificadas da seguinte maneira: benignas, médias e graves. Os sacerdotes eram divididos em três categorias que correspondiam ao grau da doença da qual se ocupava. Os templos eram rodeados de plantas medicinais. Os chineses conheciam algumas doenças: varíola e sífilis. Procedimentos: operações de lábio. Tratamento: anemias indicavam ferro e fígado; doenças da pele aplicavam o arsênico. Anestesia: ópio. Construíram alguns hospitais de isolamento e casas de repouso. A cirurgia não evoluiu devido a proibição da dissecação de cadáveres.

No Japão aprovaram e estimularam a eutanásia. A medicina era fetichista e a única terapêutica era o uso de águas termais.

Na Grécia as primeiras teorias gregas se prendiam à mitologia. Apolo, o deus Sol, era o deus da saúde e da medicina. Usavam sedativos, fortificantes e hemostáticos, faziam ataduras e retiravam corpos estranhos, também tinham casas para tratamento dos doentes. A medicina era exercida pelos sacerdotes-médicos, que interpretavam os sonhos das pessoas. Tratamento: banhos, massagens, sangrias, dietas, sol, ar puro, água pura mineral. Dava-se valor à beleza física, cultural e a hospitalidade. O excesso de respeito pelo corpo atrasou os estudos anatômicos. O nascimento e a morte eram considerados impuros, causando desprezo pela obstetrícia e abandono dos doentes graves. A medicina tornou-se científica, graças a Hipócrates, que deixou de lado a crença de que as doenças eram causadas por maus espíritos. Hipócrates é considerado o Pai da Medicina. Observava o doente, fazia diagnóstico, prognóstico e a terapêutica. Reconheceu doenças como: tuberculose, malária, histeria, neurose,

luxações e fraturas. Seu princípio fundamental na terapêutica consistia em "não contrariar a natureza, porém auxiliá-la a reagir". Tratamentos usados: massagens, banhos, ginásticas, dietas, sangrias, ventosas, vomitórios, purgativos e calmantes, ervas medicinais e medicamentos minerais.

Em Roma a medicina não teve prestígio. Durante muito tempo era exercida por escravos ou estrangeiros. Os romanos eram um povo, essencialmente guerreiro. O indivíduo recebia cuidados do Estado como cidadão destinado a tornar-se bom guerreiro, audaz e vigoroso. Roma distinguiu-se pela limpeza das ruas, ventilação das casas, água pura e abundante e redes de esgoto. Os mortos eram sepultados fora da cidade, na via Ápia. O desenvolvimento da medicina dos romanos sofreu influência do povo grego.

O Cristianismo foi a maior revolução social de todos os tempos. Influuiu positivamente através da reforma dos indivíduos e da família. Os cristãos praticavam uma tal caridade, que movia os pagãos: "Vede como eles se amam". Desde o início do Cristianismo os pobres e enfermos foram objeto de cuidados especiais por parte da Igreja.

Segundo Geovanini (1999), a revolução Francesa, Industrial e a Intelectual da filosofia e da ciência constroem a formação de uma política e a construção de uma sociedade liberalista e mais humana contribuindo para uma qualidade na saúde com o controle das doenças e para o aumento da média de vida. O avanço da Medicina vem favorecer a reorganização dos hospitais. É na reorganização da Instituição Hospitalar e no posicionamento do médico como principal responsável por esta reordenação, que vamos encontrar as raízes do processo de disciplina e seus reflexos na Enfermagem, ao ressurgir da fase sombria em que esteve submersa até então.

Naquela época, estiveram sob piores condições, devido à predominância de doenças infecto-contagiosas e a falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes. Os ricos continuavam a ser tratados em suas próprias casas, enquanto os pobres, além de não terem esta alternativa, tornavam-se objeto de instrução e experiências que resultariam num maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada. É neste cenário que a Enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia.

Florence partiu para Scutari com 38 voluntárias entre religiosas e leigas vindas de diferentes hospitais. Algumas enfermeiras foram despedidas por incapacidade de adaptação e principalmente por indisciplina. A mortalidade decresce de 40% para 2%. Os soldados fazem dela o seu anjo da guarda e ela será imortalizada como a "Dama da Lâmpada" porque, de lanterna na mão, percorre as enfermarias, atendendo os doentes. Durante a guerra contrai tifo e

ao retornar da Criméia, em 1856, leva uma vida de inválida. Dedicase, porém, com ardor, a trabalhos intelectuais. Pelos trabalhos na Criméia, recebe um prêmio do Governo Inglês e, graças a este prêmio, consegue iniciar o que para ela é a única maneira de mudar os destinos da Enfermagem - uma Escola de Enfermagem em 1859 (GEOVANINI et al., 1999).

Após a guerra, Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. O curso, de um ano de duração, consistia em aulas diárias ministradas por médicos. Nas primeiras escolas de Enfermagem, o médico foi de fato a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia então decidir quais das suas funções poderiam colocar nas mãos das enfermeiras. Florence morre em 13 de agosto de 1910, deixando florescente o ensino de Enfermagem. Assim, a Enfermagem surge não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica (CARRARO, 2001).

Segundo Geovanini (1999), o Sistema Nightingale de Ensino, as escolas conseguiram sobreviver graças aos pontos essenciais estabelecidos:

- 1º. Direção da escola por uma Enfermeira.
- 2º. Mais ensino metódico, em vez de apenas ocasional.
- 3º. Seleção de candidatos do ponto de vista físico, moral, intelectual e aptidão profissional.

Apesar das dificuldades que as pioneiras da Enfermagem tiveram que enfrentar, devido à incompreensão dos valores necessários ao desempenho da profissão, as escolas se espalharam pelo mundo, a partir da Inglaterra. Nos Estados Unidos a primeira Escola foi criada em 1873. Em 1877 as primeiras enfermeiras diplomadas começam a prestar serviços a domicílio em New York. As escolas deveriam funcionar de acordo com a filosofia da Escola Florence Nightingale, baseada em quatro idéias-chave:

- 1- O treinamento de enfermeiras deveria ser considerado tão importante quanto qualquer outra forma de ensino e ser mantido pelo dinheiro público.
- 2- As escolas de treinamento deveriam ter uma estreita associação com os hospitais, mas manter sua independência financeira e administrativa.
- 3- Enfermeiras profissionais deveriam ser responsáveis pelo ensino no lugar de pessoas não envolvidas em Enfermagem.

4- As estudantes deveriam, durante o período de treinamento, ter residência à disposição, que lhes oferecesse ambiente confortável e agradável, próximo ao hospital.

O modelo de assistência em enfermagem, portanto, ampliou-se e foi tomando forma de uma enfermagem moderna, que vê seu início com a enfermeira Florence Nightingale e no Brasil com Ana Nery (GEOVANINI et al., 1999).

História da Enfermagem no Brasil começa com a organização da Enfermagem na Sociedade Brasileira no período colonial e vai até o final do século XIX. A profissão surge como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo formado, na sua maioria, por escravos, que nesta época trabalhavam nos domicílios. Desde o princípio da colonização foi incluída a abertura das Casas de Misericórdia, que tiveram origem em Portugal. A primeira Casa de Misericórdia foi fundada na Vila de Santos, em 1543. Em seguida, ainda no século XVI, surgiram as do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Mais tarde Porto Alegre e Curitiba, esta inaugurada em 1880, com a presença de D. Pedro II e Dona Tereza Cristina. No que diz respeito à saúde do povo brasileiro, merece destaque o trabalho do Padre José de Anchieta. Ele não se limitou ao ensino de ciências e catequese. Foi além. Atendia aos necessitados, exercendo atividades de médico e enfermeiro. Em seus escritos encontramos estudos de valor sobre o Brasil, seus primitivos habitantes, clima e as doenças mais comuns (CARRARO, 2001).

A terapêutica empregada era à base de ervas medicinais, minuciosamente descritas. Supõe-se que os Jesuítas faziam a supervisão do serviço que era prestado por pessoas treinadas por eles. Não há registro a respeito. Outra figura de destaque é Frei Fabiano Cristo, que durante 40 anos exerceu atividades de enfermeiro no Convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro (Séc. XVIII). Os escravos tiveram papel relevante, pois auxiliavam os religiosos no cuidado aos doentes. Em 1738, Romão de Matos Duarte consegue fundar no Rio de Janeiro a Casa dos Expostos. Somente em 1822, o Brasil tomou as primeiras medidas de proteção à maternidade que se conhecem na legislação mundial, graças à atuação de José Bonifácio Andrada e Silva. A primeira sala de partos funcionava na Casa dos Expostos em 1822. Em 1832 organizou-se o ensino médico e foi criada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A escola de parteiras da Faculdade de Medicina diplomou no ano seguinte a célebre Madame Durocher, a primeira parteira formada no Brasil (CARRARO, 2001).

No começo do século XX, grande número de teses médicas foi apresentado sobre Higiene Infantil e Escolar, demonstrando os resultados obtidos e abrindo horizontes e novas realizações. Esse progresso da medicina, entretanto, não teve influência imediata sobre a

Enfermagem. Assim sendo, na enfermagem brasileira do tempo do Império, raros nomes de destacaram e, entre eles, merece especial menção o de Anna Nery. Aos 13 de dezembro de 1814, nasceu Ana Justina Ferreira, na Cidade de Cachoeira, na Província da Bahia. Casou-se com Isidoro Antonio Nery, enviuvando aos 30 anos. Seus dois filhos, um médico militar e um oficial do exército, são convocados a servir a Pátria durante a Guerra do Paraguai (1864-1870), sob a presidência de Solano Lopes. O mais jovem aluno do 6º ano de Medicina oferece seus serviços médicos em prol dos brasileiros. Anna Nery não resiste à separação da família e escreve ao Presidente da Província, colocando-se à disposição de sua Pátria. Em 15 de agosto parte para os campos de batalha, onde dois de seus irmãos também lutavam. Improvisa hospitais e não mede esforços no atendimento aos feridos. Após cinco anos, retorna ao Brasil, é acolhida com carinho e louvor, recebe uma coroa de louros e Victor Meireles pinta sua imagem, que é colocada no edifício do Paço Municipal (GEOVANINI et al., 1999).

O governo imperial lhe concede uma pensão, além de medalhas humanitárias e de campanha. Faleceu no Rio de Janeiro a 20 de maio de 1880. A primeira Escola de Enfermagem fundada no Brasil recebeu o seu nome. Anna Nery que, como Florence Nightingale, rompeu com os preconceitos da época que faziam da mulher prisioneira do lar.

Além dos instrumentos que possibilitavam o desempenho das técnicas de enfermagem para atender o ato médico centrado na patologia, a enfermagem trouxe para o hospital ações que auxiliavam no relacionamento da família e do doente que ao ter significado científico e perderam o significado anterior que era prioritariamente o de cuidador (ALMERINDA, 2005, apud OGUISSO et al., 2005).

Nos anos de 80 e 90, a enfermagem toma novos rumos com duas posições distintas uma cada vez mais voltada para a especialização para atender as expectativas médico-hospitalares e outra que sinaliza na direção da saúde pública, desvinculando do fazer médico-hospitalar e voltando com grande esforço para o seu objetivo proposto sendo reconhecida pelo usuário e demonstrado no exercício de suas funções. Assim, traz-se do hospital e do seu aprendizado para a saúde pública algo importante para sua categoria que tem como características na atenção hospitalar os sinais vitais (temperatura, pulso e pressão arterial). Porém, é necessário transpor o que no hospital tem o seu significado e sua importância para o coletivo, onde sinais diferenciam-se conforme a necessidade apresentada pelo usuário que tem variedades e formas diversificadas baseadas nas características encontradas no perfil epidemiológico. (GEOVANINI et al., 1999).

1.1.1 O enfermeiro e o processo de trabalho

[...] E a moça de touca branca e da cruz vermelha dos filmes e da televisão, [...] É quem carrega a maca ou empurra a cadeira de rodas [...] É quem aplica injeção ou tira temperatura [...] É quem fica mais tempo ao lado do doente [...] (SALLES, 1983, p. 123). Essa concepção social do enfermeiro, o profissional polivalente, “o resolve tudo” está presente em vários cenários diferentes da prática de saúde destacando-se como o executor, coordenador, avaliador de um processo de trabalho desenvolvido na e com a sociedade (ARAÚJO, 2005).

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde (ARAÚJO, 2005). Ela responsabiliza-se, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (PEDUZZI, 2000).

Enfermagem assim definida é uma profissão que articula ciência e arte. Ciência porque reúne conhecimentos teóricos e práticos organizados e validados; arte face a usar a criatividade, habilidade, imaginação e sensibilidade e outros recursos ao aplicar a ciência na sua prática assistencial (GEOVANINI et al., 1999). O suporte científico e arte têm de garantir o sucesso do profissional ao exercer o seu papel que é o cuidar para promover vida.

O profissional enfermeiro está também na zona rural de países pouco desenvolvidos, muitas vezes, sendo os únicos trabalhadores em saúde disponíveis, coordenando vários programas de controle de malária, tuberculose, hanseníase, diarreia, entre outros. Em muitos países encontram-se, ainda, como uma forte tradição, obstetrias/enfermeiras, obstetras trabalhando na assistência ao parto, nos cuidados preventivos e na educação em saúde (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

Como já mencionado anteriormente esteve ligado ao sacerdócio, à condição feminina no início da profissão. Hoje o cuidado é uma dimensão da vida humana, dimensão diferenciada que traduz as várias formas de cuidar e vários conhecimentos sobre esse cuidar, Ayres (2001). Objeto de trabalho da enfermagem, o cuidar, nasce de um modo diferenciado, um cuidar doador, com vínculos, levando com isto a perguntar se a academia tem conseguido trazer esse cuidar para a formação do acadêmico?

Rocha e Almeida (2000) referem-se ao cuidar como assistir o ser humano em suas necessidades básicas e considera este o caráter universal do cuidado. Entretanto, na prática, o

cuidado apresenta-se de forma histórica e contextual, portanto, é variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando-se uma atividade bastante complexa e distinta porque a necessidade é variável e o cuidado é prestado a todos sem distinção.

O controle das suas atividades previstas tanto no Regulamento do Exercício Profissional como pelo Ministério da Saúde são elas: atividades de planejamento, organização, execução e avaliação das ações, consulta de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição, são efetivamente atribuições do profissional enfermeiro (ARAÚJO, 2005).

A autonomia na execução do seu trabalho leva o profissional da saúde a ter a capacidade de se responsabilizar pela necessidade ou problema do seu usuário, desta forma podemos interpretar os dizeres de Campos (1992) que o fazer da enfermagem está sempre sujeito ao imprevisto levando o profissional a possuir características de criatividade, iniciativa e improvisação, construindo a uma práxis crítica.

Desta forma, a prática da enfermeira deveria ser parte de um processo coletivo de trabalho que tem como finalidade produzir ações de saúde, caracterizando-se por um saber específico, com ações contínuas e articuladas com os demais membros da equipe, na construção dos objetos comuns de trabalho no setor saúde (ALMEIDA, ROCHA, 1989).

Porém, até os dias atuais o processo de trabalho na assistência prevalece a uma equipe corporativa e onde o fazer na enfermagem é bem caracterizado pelos ditames hierárquicos. A herança de 1848, da Casa de São João, londrina, que tinha o objetivo de estabelecer o treinamento sistemático da prática de enfermagem ainda não foi abandonada. É desta época a escola do modelo hierárquico para a enfermagem que prevalece até os dias de hoje, o modelo inglês classifica o serviço de assistência como castas onde a enfermeira de cabeceiras era o primeiro estágio e depois as enfermeiras atuavam como supervisoras, chefes de unidades (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

Com essa sistematização, as atribuições do enfermeiro estão além do cuidado de enfermagem no âmbito individual, o cuidar do indivíduo sadio ou doente, a família, a comunidade com o intuito de promover, manter e recuperar a saúde, tendo ficado para o auxiliar de enfermagem os procedimentos mais ligados à administração da medicação, higiene e cuidados clínicos individuais (OGUISSO et al., 2005).

A assistência de enfermagem precisa ser desenvolvida com prudência e responsabilidade com a finalidade de produzir a capacidade de pensar nas consequências de obras intelectuais e éticas.

Mattos (2004) expressa que o conhecimento moderno rompe com alguns princípios liberando o homem a intervir na sociedade com um conhecimento não fundamentada e expressa valores, que são capazes de produzir pensamentos e intervenções para contribuir com obras prudentes e de responsabilidades.

1.1.2 O enfermeiro e o cuidado

Ao final do século XIX, apesar de o Brasil ainda ser um imenso território com um contingente populacional pouco e disperso, um processo de urbanização lento e progressivo já se fazia sentir nas cidades que possuíam áreas de mercado mais intensas, como São Paulo e Rio de Janeiro. As doenças infecto-contagiosas, trazidas pelos europeus e pelos escravos africanos, começam a propagar-se rápida e progressivamente.

A história do cuidar, objeto de trabalho do profissional enfermeiro, tem no período cristão marcado profundamente por devastação e guerras, onde a prática do cuidado abarca um sentimento de afeto, solidariedade e responsabilidade. A enfermagem tem nesse movimento religioso um desenvolvimento importante, onde as mulheres motivadas pela caridade, proteção e a assistência aos enfermos tem a prática do cuidar, totalmente desvinculada do conhecimento científico, mas empírico (ALMERINDA, 2005 apud OGUISSO, 2005, p.102). É nesse período que a enfermagem ganha um legado e a sua prática se consolidam e leva como herança uma característica de abnegação, espírito de serviço, obediência e outros atributos que acompanham até os dias de hoje em que a prática está baseada numa enfermagem moderna.

A questão saúde passa a constituir um problema econômico-social. Para deter esta escalada que ameaçava a expansão comercial brasileira, o governo, sob pressões externas, assume a assistência à saúde através da criação de serviços públicos, da vigilância e do controle mais eficaz sobre os portos, inclusive estabelecendo quarentena revitaliza através da reforma Oswaldo Cruz introduz em 1904, a Diretoria-Geral de Saúde Pública, incorporando novos elementos à estrutura sanitária, como o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, a Inspeção de Isolamento e Desinfecção e o Instituto Soroterápico Federal, que posteriormente veio se transformar no Instituto Oswaldo Cruz. 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. A formação de pessoal de Enfermagem para atender inicialmente aos hospitais civis e militares e, posteriormente, às atividades de saúde pública, principiou com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro,

junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Esta escola, que é de fato a primeira escola de Enfermagem brasileira, foi criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, e denomina-se hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO.

O cuidado na história da enfermagem traz a evidência fundamental de uma relação homem/homem, ou seja, o homem sempre teve na sua essência a necessidade do cuidar apresentando uma forma significativa de preocupação em direcionar a vida numa luta contra a morte (OGUISSO et al., 2005).

Segundo Campos (1992) concordamos que o cuidado é uma parte integrante da vida humana, e sem ele o homem não tem como sobreviver, a proteção materna mesmo sendo um cuidar afetivo, um cuidado instintivo, vem fazer a diferença na história como um processo de cuidar que se dá entre o homem e o próprio homem, como parte integrante da vida para superar a doença e, mais tarde, até a morte.

Uma prática assistencial baseada em princípios bioéticos que são observados durante o seu processo de trabalho, princípios de não causar danos, respeito e o reconhecimento de valores e crenças que têm como prioridade a vida (CAMPOS, 1992).

O processo de produção de saúde ou o processo de trabalho da enfermagem que pode ser assim descrito e definido assume uma realidade do fazer que é prestar o cuidado junto das necessidades do ser individual ou coletivo (MERHY, 1995).

Assim, se faz necessário definir trabalho e necessidades para melhor compreensão: Trabalho é compreendido como toda atividade produtiva cuja finalidade é atender uma necessidade. Os elementos básicos do trabalho são os agentes que executam os instrumentos ou meios de trabalhos, os objetos ou matéria prima e a finalidade (GONÇALVES, 1992).

As necessidades humanas são aquelas expressas pelo homem e se caracterizam por serem sociais. Até os dias atuais os clientes ou usuário do serviço de saúde, acreditam ser o médico o único capaz pela solução de problemas, vendo a Enfermagem como mero implementador de suas ações. De um modo mais particular, o funcionamento do serviço médico depende essencialmente da Enfermagem, que é a responsável não só pela continuidade dos procedimentos que visam ao diagnóstico e ao tratamento, mas pela vigilância diuturna da evolução dos doentes no seu cuidado pessoal pela amplitude de suas funções de prestar o “cuidado”, coordenar, supervisionar e controlar; o serviço de Enfermagem, dando a permissão ao médico de desdenhar de suas funções, apesar de manter poucos e curtos contatos com os clientes (OGUISSO et al., 2005).

O processo de trabalho não tem a cura como seu objeto principal, como várias pessoas a interpretam no campo da saúde, mas, o processo saúde-doença, promoção, proteção, recuperação e reabilitação que é a produção do cuidado, assim atingindo o seu objetivo. Os trabalhadores da saúde, sujeitos ativos nesse processo de produção, não têm no seu serviço a sua obra sobre coisas ou sobre objetos; dá-se, sobre pessoas, e na intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, em que o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

A Cruz Vermelha Brasileira foi organizada e instalada no Brasil em fins de 1908, tendo como primeiro presidente o médico Oswaldo Cruz. Destacou-se a Cruz Vermelha Brasileira por sua atuação durante a I Guerra Mundial (1914-1918). Durante a epidemia de gripe espanhola (1918), colaborou na organização de postos de socorro, hospitalizando doentes e enviando socorristas a diversas instituições hospitalares e a domicílio. Atuou também socorrendo vítimas das inundações, nos Estados de Sergipe e Bahia, e as secas do Nordeste. Muitas das socorristas dedicaram-se ativamente à formação de voluntárias, continuando suas atividades após o término do conflito.

As Primeiras Escolas de Enfermagem no Brasil foram:

1. Escola de Enfermagem "Alfredo Pinto", esta escola é a mais antiga do Brasil, data de 1890, foi reformada por Decreto de 23 de maio de 1939. O curso passou a três anos de duração e era dirigida por enfermeiras diplomadas. Foi reorganizada por Maria Pamphiro, uma das pioneiras da Escola Anna Nery.
2. Escola da Cruz Vermelha do Rio de Janeiro que começou em 1916 com um curso de socorrista, para atender às necessidades prementes da 1ª Guerra Mundial. Logo foi evidenciada a necessidade de formar profissionais (que desenvolveu-se somente após a fundação da Escola Anna Nery) e o outro para voluntários. Os diplomas expedidos pela escola eram registrados inicialmente no Ministério da Guerra e considerados oficiais. Esta encerrou suas atividades.
3. Escola Anna Nery, a primeira diretoria foi Miss Clara Louise Kienninger, senhora de grande capacidade e virtude, que soube ganhar o coração das primeiras alunas. Com habilidade fora do comum, adaptou-se aos costumes brasileiros. Os cursos tiveram início em 19 de fevereiro de 1923, com 14 alunas. Instalou-se pequeno internato próximo ao Hospital São Francisco de Assis, onde seriam feitos os primeiros estágios. Em 1923, durante um surto de varíola, enfermeiras e alunas dedicaram-se ao combate à doença. Enquanto nas epidemias anteriores o índice de mortalidade atingia 50%, desta vez baixou para 15%. A primeira turma de Enfermeiras diplomou-se em 19 de julho de 1925. Destacam-se desta turma as Enfermeiras Lais Netto dos Reys, Olga Salinas Lacôrte, Maria de Castro Pamphiro e Zulema Castro, que

obtiveram bolsa de estudos nos Estados Unidos. A primeira diretora brasileira da Escola Anna Nery foi Raquel Haddock Lobo, nascida a 18 de junho de 1891. Foi a pioneira da Enfermagem moderna no Brasil. esteve na Europa durante a Primeira Grande Guerra, incorporou-se à Cruz Vermelha Francesa, onde se preparou para os primeiros trabalhos. De volta ao Brasil, continuou a trabalhar como Enfermeira. Faleceu em 25 de setembro de 1933.

4. Escola de Enfermagem Carlos Chagas, Por Decreto nº 10.925, de 07 de junho de 1933 e iniciativa de Dr. Ernani Agrícola, diretor da Saúde Pública de Minas Gerais, foi criado pelo Estado a Escola de Enfermagem "Carlos Chagas", a primeira a funcionar fora da Capital da República. A organização e direção dessa Escola couberam a Laís Netto dos Reys, sendo inaugurada em 19 de julho do mesmo ano. A Escola "Carlos Chagas", além de pioneira entre as escolas estaduais, foi a primeira a diplomar religiosas no Brasil.

5. Escola de Enfermagem "Luisa de Marillac", Fundada e dirigida por Irmã Matilde Nina, Filha de caridade, a Escola de Enfermagem Luisa de Marillac representou um avanço na Enfermagem Nacional, pois abria largamente suas portas, não só às jovens estudantes seculares, como também às religiosas de todas as Congregações. É a mais antiga escola de religiosas no Brasil e faz parte da União Social Camiliana, instituição de caráter confessional da Província Camiliana Brasileira.

6. Escola Paulista de Enfermagem Fundada em 1939 pelas Franciscanas Missionárias de Maria foi a pioneira da renovação da enfermagem na Capital paulista, acolhendo também religiosas de outras Congregações. Uma das importantes contribuições dessa escola foi início dos Cursos de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica. Esse curso que deu origem a tantos outros, é atualmente ministrado em várias escolas do país.

7. Escola de Enfermagem da USP Fundada com a colaboração da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) em 1944 faz parte da Universidade de São Paulo. Sua primeira diretora foi Edith Franckel, que também prestara serviços como Superintendente do Serviço de Enfermeiras do Departamento de Saúde. A primeira turma diplomou-se em 1946 (OGUISSO et al., 2005).

1.2 Saúde Pública no Brasil

Com a formação de cidades, com outra característica que não a simples extensão da vida rural; o processo de industrialização e a imigração, e a conseqüente aglomeração de pessoas em precárias condições de vida, eram fatores que facilitavam a proliferação de doenças infecto-contagiosas, agravando o péssimo quadro de saúde já existente. As epidemias, que não eram novidades, mas que nessa conjuntura ganhavam outra dimensão impunha medidas urgentes por parte do Estado. Isso contribuiu para que, nos primórdios da República, a Saúde Pública aparecesse como preocupação do governo; não só para reverter a péssima imagem que o Brasil estava produzindo no exterior, em decorrência de problemas dessa natureza, mas porque a nova ordem republicana, balizada nos princípios liberais, embora politicamente excludente, defendia a universalização de certos benefícios, como a saúde e a educação.

Desde sua origem, a Saúde Pública esteve ligada a estudos, adoecimentos e tratamentos das situações coletivas, portanto, sempre ligada às instituições de Estado, que “preenchem funções vitais sem as quais a existência de uma sociedade é inconcebível”. (CASTORIADIS, 1982; p. 141). Na tentativa de resolver os problemas de saúde, agravados no início do período republicano, dentre outras medidas, o governo criou o Conselho de Saúde Pública (1890); regulamentou o Laboratório de Bacteriologia (1892); criou o Instituto Sanitário Federal (1894; a Diretoria Geral de Saúde Pública (1897); o Instituto Soroterápico Municipal (1900); instituiu a obrigatoriedade da vacina contra a varíola e a notificação compulsória das doenças consideradas transmissíveis (1902). Doenças como a febre amarela, o cólera, a peste, a difteria e o sarampo eram de notificação compulsória. Já a febre tifóide e a tuberculose, apesar de serem responsáveis por altos índices de mortalidade, predominantemente entre as camadas mais pobres, que foram definidas como de notificação facultativa. Essas medidas no entanto, não tiveram o efeito esperado e somente a partir de 1903, quando Oswaldo Cruz assumiu a Direção Geral de Saúde Pública é que algumas práticas, consideradas mais eficazes naquela época, foram implementadas.

Durante este período (1903-1908), praticamente erradicou-se a febre amarela, que só voltou a ter novo surto em 1928; diminuiu a mortalidade pela peste e acabou a epidemia da varíola através do controle sanitário, da realização de campanhas de vacinação e do método de controle de vetores, característicos da proposta “campanhista/policial”, que se baseava na concepção ontológica e unicausal das doenças,

As práticas sanitárias realizadas pelos serviços públicos se concentravam, por consequência, na desordem urbana, no combate às doenças epidêmicas, no desregramento moral, na higiene e no controle dos hábitos da sociedade. No Brasil, a concepção “campanha/policial” vigorou até a segunda década deste século, porém outras experiências começaram a surgir cuja ênfase não era unicamente nas campanhas e no saneamento, mas em serviços ambulatoriais permanentes de combate a determinadas doenças. Essa tentativa de mudança na implementação de determinadas práticas sanitárias foi a resposta dada pelos sanitaristas brasileiros, assessorados por entidades norte-americanas, como a Fundação Rockefeller, a crise sanitária presente no início dos anos vinte. Essa crise percebia-se que não tinha como causa principal as epidemias, mas ao processo de pauperização da população urbana, acentuada pelas oscilações na economia cafeeira e pelo conflito mundial de 1914 a 1918.

Viver em situação precária e insalubre não decorre de uma escolha pessoal, mas é uma imposição da relação que se estabelece entre os que detêm os meios de produzir e aqueles que só têm a sua força de trabalho para vender. Nessa relação, como se sabe, as forças são desiguais; ao trabalhador não retorna o produto de seu trabalho, e, muitas vezes, nem mesmo o indispensável para sua sobrevivência e de sua família. Isso resulta num empobrecimento progressivo que os empurra para os locais mais insalubres, onde ficam suscetíveis, pelas próprias condições de vida, as mais diferentes doenças orgânicas e do meio. Um prolongado período nessas condições pode, sem dúvida, provocar um acirramento classista e resultar em movimentos questionadores da ordem vigente.

Sobre os conflitos sociais no período de 1910/1920 que foram determinadas pelas bandeiras liberais, que tinham sido assumidas como discurso pelos republicanos, foram reivindicadas pelos trabalhadores, como direitos de cidadania, e nesta época os trabalhadores assalariados eram principalmente de imigrantes europeus atraído pelo surto industrial e que formavam uma força de trabalho quantitativa e qualitativamente diferente, que veiculava novas ideologias, “contaminando” o conjunto da classe trabalhadora brasileira. As epidemias, a falta de segurança no trabalho, as péssimas condições de vida e a falta de assistência à saúde acabaram levando os trabalhadores, agora mais organizados, a explicitarem com mais clareza os antagonismos da relação capital versus trabalho.

O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil passou por várias etapas, começando desde a República Velha (1889-1930), a Era Vargas (1930-1964), o Autoritarismo (1964 – 1984), a Nova República (1985 – 1988), o Pós-constituente (1989-2002) e a Atual (2003 -2009).

Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, re-estruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial. Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar infantil e a higiene industrial destacaram-se como problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros Estados, além do Rio de Janeiro e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery (OGUISSO et al., 2005).

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agro exportadora, firmada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitarismo campanhista.

A economia brasileira era basicamente agroexportadora, mas com o advento do capitalismo e o início da industrialização do país, principalmente no eixo Rio - São Paulo, acompanhado de uma urbanização crescente e da utilização dos imigrantes como mão de obra nas indústrias e também com as péssimas condições de vida e trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919 (BAPTISTA, 2005).

Através destes movimentos os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais. Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloy Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). A criação da Previdência Social preocupava-se exclusivamente com ações de assistência individual, que vinculado à assistência médico-hospitalar, não permitiam espaço ou preocupação com ações de prevenção. Ainda nesse modelo não havia lugar para desempregados, pois somente tinham acesso pessoas que tivessem alguma ligação trabalhista comprovada em carteira de trabalho assinada (BRAGA & PAULA, 1981; FONTINELE, 2003). A esse respeito, dizem Oliveira e Teixeira, (1989):

"A lei Eloy Chaves não previa o que se pode chamar, com propriedade contribuição da união. Havia, isto sim, uma participação no custeio, dos usuários das estradas de ferro, provenientes de um aumento das tarifas, decretado para cobrir as despesas das Caixas. A extensão progressiva desse sistema, abrangendo cada vez maior número de usuários de serviços, com a criação de novas Caixas e Institutos, veio afinal fazer o ônus recair sobre o público em geral e assim, a se constituir efetivamente em contribuição da União. O mecanismo de contribuição tríplice (em partes iguais) refere-se à contribuição pelos

empregados, empregadores e União foi obrigatoriamente instituído pela Constituição Federal de 1934 (alínea h, § 1º, art. 21)."

Em 1930, Getúlio Vargas suspendeu as aposentadorias das CAPs durante seis meses e promoveu uma reestruturação que acabou por substituí-las por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram autarquias de nível nacional centralizada no governo federal, desta forma a filiação passava a se dar por categorias profissionais, diferente do modelo das CAPs que se organizavam por empresas. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram as primeiras instituições por meio das quais o Estado interveio diretamente na questão habitacional no Brasil. Tratavam das questões previdenciárias, de saúde e de habitação da respectiva categoria trabalhista, exercendo atividades tanto de cunho social quanto de caráter rentável (POLIGNAMO, 2007).

Até o final dos anos 50, a assistência médica previdenciária não era importante. Os técnicos do setor a consideraram-na secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações.

Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes.

Somente em 1953, foi criado o Ministério da Saúde que, na verdade, limitou-se a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência, assim sendo continuava campanhista para proteção da população urbana e do ambiente e a força de trabalho estava protegida pelas Caixas e, posteriormente, pelos Institutos de Aposentaria e Pensões (IAP's), que agregavam categorias de trabalhadores (SCLIAR, 2002).

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste.

Foi promulgada a lei 3.807, em 1960, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e, naturalmente, os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência. Porém, com o golpe de 1964, viu-se a junção dos IAPS no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em 1967, continuando o setor saúde para os trabalhadores formais com registro em carteira de trabalho (NICZ, 1988).

Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde (POLIGNAMO, 2007).

Tendo como referência as recomendações internacionais e a necessidade de expandir cobertura, inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) conforme Decreto-Presidencial de nº 78.307 de 24 de agosto de 1976 com prioridade na atenção das zonas rurais e pequenas comunidades e com a regionalização da Assistência com base nas premissas da desconcentração dos serviços, da descentralização das decisões e da hierarquização da rede de unidades. A partir de 1979, o PIASS expandiu-se para o Norte, Centro-Oeste, Espírito Santo e Minas Gerais, enfatizando inicialmente as zonas de maior concentração de pobreza e adaptando o modelo às características regionais de modo a privilegiar a integração das unidades PIASS em nível federal, estadual e municipal. Sendo que o componente fundamental do modelo básico, composto de unidades elementares, intermediárias e /ou de apoio, foi através do modulo que se fez a instalação da rede de serviços básicos de saúde.

Na década de 80, foi o ápice dos movimentos sociais pela democratização do país. Assim, o setor saúde fortalecido por amplas camadas sociais, teve adesão à luta pela Reforma Sanitária de novos atores sociais em busca da universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado. Foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) - que, na realidade, nunca saiu do papel, logo seguida pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), é reconhecida a importância do desenvolvimento e fortalecimento da rede extra-hospitalar com ambulatorios e rede de atenção primária inclusive municipal; a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, com convênios entre INAMPS, MS e SES (SCLIAR, 2002).

Ações Integradas de Saúde, AIS, significaram uma proposta de integração e racionalização dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência para o atendimento. Essas ações conquistaram um avanço expressivo na conformação de políticas que levaria à reforma do setor saúde, fortaleceram o princípio federativo e buscaram a incorporação do planejamento à prática institucional, constituindo-se

em importante instrumento de planejamento descentralizado e integrado. O programa era executado a partir da gestão tripartite MS- INAMPS- Secretarias Estaduais. Estas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde incluindo as SMS e universidades públicas.

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) essa força demonstrou-se com grande participação dos estados brasileiros. Venceu princípios disputados ao longo de décadas, a saúde como direito, natureza pública sob controle do Estado que deve prover assistência integral, sistema de saúde único e com participação popular (o controle social). Estes princípios foram consagrados na Constituição de 1988 (SCLIAR, 2002).

Com a lei 8.080 de 19 de Setembro 1990, alterada pela LEI nº9836/1999 e LEI nº 10424/15.04.2002, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) com o grande desafio de recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, onde foi alterada na LEI nº 11108, de 07 de abril de 2005, para garantir às parturientes, o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Que é a implantação progressiva: transformar ao longo de anos um sistema de saúde de base privada para organização de um sistema público.

Desde o CONASP, que se guiou em suas propostas para organização da assistência à Saúde nas diretrizes da Conferência Mundial de Saúde, em Alma-Ata de 1978: o modelo da Atenção Primária à Saúde, com atenção integral em diferentes níveis de assistência primária, secundária e terciária.

1.3 A implantação do SUS

Durante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, foram conferidas as bases para a criação do Sistema Único de Saúde, que foi concretizado posteriormente na Constituição de 1988, como um sistema descentralizado, integrado pelas três esferas de governo e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde – Lei nº. 8.080/90 de 19 de setembro de 1990 DOU 20 de setembro de 1990, e Lei nº. 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. O direito à saúde passa a ser positivado, ou seja, recebe uma visão diferenciada como dever de Estado e Direito do Cidadão e adota o modelo de seguridade social (CF/88, art.194) e reconhece que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2002).

A saúde brasileira tem no Estado o dever de garantir a redução do risco de doença e de outros agravos (CF/88). A política de saúde visualiza novos rumos ao adotar

procedimentos para a orientação da política do Estado com a finalidade de intervir nos fatores determinantes dos problemas sociais e de saúde desenvolvendo atividades de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Aqui se faz um paralelo entre Política de Saúde, Estado, direito e dever, cada um com divergências e conceitos diferenciados, mas com o mesmo conteúdo analítico e firmado no modelo de Promoção de Saúde que foi instituída no Brasil pelo Ministério da Saúde. Segundo o documento elaborado pelo MS, em parceria com a OPAS e o PNDU, em 2001, a Política de Promoção da Saúde busca:

[...] reorientar o enfoque das ações e serviços de saúde, visando à construção de uma cultura de saúde baseada nos princípios de solidariedade, equidade, ética e cidadania e advogar por uma atuação que esteja sintonizada com a defesa da qualidade de vida do cidadão brasileiro, potencializando as ações desenvolvidas pelo setor saúde e a busca pela realização do homem como sujeito de sua própria história (BRASIL, 2001b, p. 32).

Com isto, a saúde no país busca e incorpora novos moldes firmados nos cinco elementos fundamentais apresentados em 1986, na Carta de Ottawa: “[...] políticas saudáveis (ações do Estado), ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária (reforço da ação comunitária), habilidades pessoais (de indivíduos) e reorientação do Sistema de Saúde” (BRASIL, 2001b, p. 34).

Esses cinco elementos fundamentais nos dão a idéia da pluralidade das condições de vida e saúde que são desafios para a Política de Promoção da Saúde.

Assim sendo, o conceito de saúde amplia, bem como as atividades a ele relacionadas; é contemplado de uma forma ampla e passa ser um resultado complexo, dinâmico e de equilíbrio entre o homem. O homem e o próprio homem e o homem e a natureza definido como que “[...] saúde não é somente a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem estar físico, mental e social” (BRASIL, 2001a, p.15).

Serra (2006) ressalta que, com a criação do SUS, as ações e serviços de saúde que são promovidas pelo Poder Público passaram então a integrar um Sistema Único, regionalizado, hierarquizado e organizado conforme algumas diretrizes básicas, como: participação e controle da sociedade envolvendo os Conselhos de Saúde e os representantes dos governos, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços.

Com o objetivo de melhorar a saúde e garantir a cidadania da população, promover a condição de vida justa, digna e humana, que é a proposta dos Direitos Humanos, baseado nas

necessidades humanas onde a definição de qualidade em saúde é a interferência nessas necessidades de difícil atuação através do processo saúde-doença.

Qualidade em saúde é definida como o “[...] grau de atendimento das necessidades de saúde de acordo com os conhecimentos técnicos e científicos atuais, as normas e protocolos que organizam as ações práticas, e os valores culturalmente aceitos” (BRASIL, 2005a, p. 19).

Ainda, com essa preocupação de melhorar o atendimento, e através do novo modelo assistencial, o SUS tem ampliado a atenção Básica à Saúde ao investir no primeiro nível de atenção. O processo saúde-doença é visualizado com caráter de processo, dado ao binômio saúde-doença, procura captá-lo e aprendê-lo de forma dinâmica, não estática, supondo movimentos de ação e reação, estímulo e resposta, agressão e defesa, como ciclos contínuos que se realizam interna e externamente ao organismo, como interação deste com o meio, sugerindo um estado de equilíbrio instável e permanente ajustado (BRASIL, 2001b).

Na contribuição, para o alcance desses novos caminhos e desafios da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), como política pública em construção, propõe re-estruturar o modelo assistencial, vislumbrando um contexto ampliado.

Assim, esse modelo de saúde olha para a promoção, prevenção, resolução e integralidade e fecha os olhos para o modelo hegemônico da abordagem clínica centrado no cuidado individual e curativo, centrado na assistência médica e na falta de resolutividade. Sendo assim, para a transformação desse modelo faz-se com que seja adotada uma estratégia do sistema de saúde da atenção básica (BRASIL, 2000b; 2001b; ALMEIDA, 2003).

Atenção básica pode ser definida como “[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (Brasil, 2006b, p.10). Sendo que os princípios fundamentais da Atenção Básica à Saúde no Brasil são a integralidade, a qualidade, a equidade e a participação social (Brasil, 2006b).

O Ministério da Saúde apresenta a atenção básica como um desafio para o sistema de saúde e através da Atenção Básica o Ministério da Saúde busca cumprir os princípios basilares do SUS, palavras do Ministro Humberto Costa:

Atenção Básica, o MS reitera a decisão política de buscar cumprir os princípios de integralidade, da universalidade e da equidade das ações e serviços da saúde destinados aos indivíduos, às famílias e a comunidade, anseio de todos os que aspiram por uma condição de vida digna, justa e humana (BRASIL, 2005a, p.3)

O Sistema Único de Saúde (SUS) para reorganizar este modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde definido como “forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis, de forma a enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes numa coletividade” (FIOCRUZ, 1998) baseado nos princípios de integralidade, universalidade e equidade adota como estratégia para continuidade da reforma sanitária e para implementação do SUS uma proposta de Saúde da Família (SF) em 1994, conforme o MS vem com o objetivo de:

[...] contribuir para orientação do modelo assistencial a partir da Atenção Primária (AP), em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997a, p.10).

Ainda, para Humberto Costa:

A Atenção Básica no Sistema Brasileiro tem experimentado, nos últimos 10 anos, uma profunda mudança a partir da definição da estratégia Saúde da Família na reestruturação das suas ações e práticas. [...] o desafio que se apresenta para a gestão é o necessário desenvolvimento organizacional para o aprimoramento das ações. [...] o MS vem intensificando os esforços destinados à melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde com o propósito de consolidar tal estratégia como eixo estruturante de reorganização da atenção básica com repercussões na reordenação do sistema de saúde como um todo (BRASIL, 2005, p. 3)

O Sistema Único de Saúde (SUS), não é um modelo sucedâneo de qualquer outro sistema anteriormente criado neste setor, ou seja, o SUS não é um modelo que dá continuidade a outro já existente, mas sim uma reorganização, uma modificação dos serviços e ações de saúde. É único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território brasileiro, sob a responsabilidade das três esferas de governo (CARVALHO, 1998).

Nesse contexto, o SUS brasileiro tenta fortalecer suas estruturas a partir das três instâncias governamentais, da participação ativa da população, de representantes, de prestadores de serviços e servidores públicos, além do apoio fundamental registrado na Constituição Federal 1988.

1.4 O nascimento da Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) está inserida em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do SUS.

Autores como Viana e Dal Poz (BRASIL, 1998) apresentam o Programa Saúde da Família como um movimento de “reforma de reforma”. O programa é considerado como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, pois apresenta em sua estrutura um importante movimento de reordenamento do modo vigente de atenção básica.

No Brasil teve seu início com o Programa de Agentes Comunitário, 1991, PACS, que segundo o Ministério da Saúde, “[...] é uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde de população” (BRASIL, 2001a, p.19).

Em 1994 o MS, lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como Política Nacional de Atenção Básica com um caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência médica. Em 2006, lança o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica, emitindo a Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006 – “[...] que tem como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, confirmando e reafirmando os princípios do SUS: “Universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade” (BRASIL, 2006b, p. 11).

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde a estratégia Saúde da Família no Brasil tem se expandido contando com 29.057 equipes de Saúde da Família em 5.220 municípios, com uma cobertura de pouco mais de 48% da população brasileira (BRASIL, 2005a).

A Portaria nº. 1.886/GM do Ministério da Saúde, publicada em 1997, visando regulamentar a implantação e operacionalização da ESF, definiu como diretrizes operacionais desta estratégia a reorganização das práticas de trabalho agrupadas em um aspecto substitutivo das práticas desenvolvidas nas UBS, fortificando os princípios do SUS como adesão da população, territorialização, integralidade, universalidade e participação popular (BRASIL, 1997b).

A estratégia do MS apresenta inovações nos modos de atuação o comprometimento quantitativo populacional, o espaço geográfico delimitado, território, o enfoque multiprofissional, intersetorialidade, práticas sanitárias desenhadas no perfil epidemiológico da área, abrangendo ações da realidade local assegurados através ações dos determinantes do processo saúde-doença à realidade. Determinantes descritos com tipo de moradia, infra-

estrutura, saneamento básico, escolaridade, salário, ocupação, estrutura familiar e organização comunitária, que representa um novo olhar sobre a saúde, a realidade apresentada pela comunidade e definindo um novo modo de assistir (BRASIL, 2000b).

1.4.1 Princípios básicos da Estratégia Saúde da Família

A estratégia Saúde da Família incorpora e reafirma os princípios basilares do SUS; sistema que ainda está em construção como citado por vários autores e a SF não vem e não está em contraposição ao SUS, vem para contribuir para a operacionalização e aplicabilidade dos princípios do SUS, para construir um sistema solidário, descentralizado, resolutivo e desenvolvendo ações de promoção e prevenção a saúde na mudança da qualidade de vida tanto individual como coletiva (BRASIL, 2000b).

Segundo Fontinele (2003), estima-se que 85% dos problemas brasileiros de saúde das comunidades são resolvidos, através da prestação de atendimentos de bom nível, de prevenção e promoção de doenças, evitando assim, internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população e modificando os indicadores de saúde como a mortalidade infantil e outros fatores determinantes. Podemos verificar evidências da importância da atuação na atenção básica quando na avaliação da taxa de mortalidade infantil no Brasil de 1990 a 2002 houve uma diminuição de 49,7 para 28,9 por 1000 nascidos vivos. Nesse mesmo período a cobertura do PSF aumentou de 0 a 36%. Um aumento de 10% na cobertura do PSF foi associado a uma diminuição de 4,5% na Taxa de mortalidade infantil.

As Unidades básicas de Saúde(UBS), os postinhos de saúde, sofrem uma reestruturação em Unidade Saúde da Família – USF, com um atendimento interdisciplinar pela equipe de saúde, com a criação de vínculos de co-responsabilidade com a comunidade, facilitando a identificação e dando resolução aos problemas de saúde e com isso melhorando a qualidade de vida da comunidade (BRASIL, 2000b). A integralidade e a hierarquização estão inseridos no nível primário de ações e serviços do sistema local de assistência, ou seja, na rede de atenção básica para garantir de forma definitiva atenção integral às famílias e assegurar as mesmas o direito à referência e a contra referência para clínicas e serviços de maiores complexidades. É um direito de todo cidadão ser atendido, sempre que a sua saúde esteja em risco, seja na rede pública ou privada, desde que seja resolvida a sua necessidade (FONTINELE, 2003).

As equipes de saúde atendem e trabalham com famílias em território de abrangência definido e fazem parte da sua responsabilidade o cadastramento e acompanhamento da população vinculada nesta área. É outra característica da estratégia da Saúde da Família o cadastramento e territorialização, é padronizado pelo MS e cada equipe é responsável pelo atendimento e acompanhamento em torno de 600 a 1000 famílias sem ultrapassar o limite de 4.500 pessoas (BRASIL, 2001a).

O Ministério da Saúde padroniza que numa unidade de saúde podem funcionar até três equipes de saúde, desde que este imóvel utilizado comporte e tenha espaço suficiente para um bom desempenho das equipes e garantia da relação de responsabilidade com a área de cobertura e a população cadastrada. A equipe de Saúde da Família básica é formada pelo médico, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários, onde cada agente assiste até 750 pessoas. A cada duas equipes de saúde da família básica tem uma equipe de saúde bucal, composta pelo dentista e um auxiliar de dentista (id ibid).

Nesse processo de mudanças, os centros médicos ou postos de saúde que se caracterizavam pela passividade, agora precisam ter resolutividade, responsabilidade criando vínculos com a comunidade dando uma assistência contínua, acompanhamento integral a saúde e inserida no território da sua abrangência promovendo o acesso para essa comunidade.

2. FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA O SUS

2.1 A formação do profissional enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família

Conforme Oguisso (2005, p. 107) “os candidatos brasileiros a médicos iam estudar na Europa e, no retorno, traziam para o país não só o conceito da pasteurização e da assepsia como também as idéias laicas dos serviços de enfermagem”. Com o surgimento dos hospitais e com os médicos assumindo o controle da saúde e com o crescimento do saber médico e o nascimento da clínica surgiu a medicalização e com isso os médicos precisavam de auxiliares com as “qualidades de devotamento, submissão e rigor na ordem e limpeza” (id ibid, p. 63) enfermeiras que aceitavam o “comando” do médico.

Em 1908, a Cruz Vermelha brasileira foi organizada e instalada, e teve como presidente Oswaldo Cruz. Atuou na I Guerra Mundial (1914-1918), durante a epidemia da gripe espanhola (1918), nas secas do nordeste, inundações de Sergipe e Bahia, socorrendo vítimas e enviando socorristas para hospitais e prestando atendimento em domicílio (COREN-SP, 2005 apud SILVA, 2008).

Dois nomes de destaque das organizações sanitárias brasileiras são Oswaldo Cruz, que criou a medicina preventiva e Carlos Chagas, por sua contribuição para a enfermagem em Saúde pública, em 1920, foi fundado o Departamento Nacional de Saúde Pública, por meio do Decreto nº. 3.987. No ano seguinte, vem para o Brasil um grupo de enfermeiras visitantes que iniciam curso intensivo, a partir da iniciativa da Fundação Rockefeller fundando a Escola de Enfermagem Anna Néri. Deu-se início a um trabalho de educação sanitária nos setores de profilaxia da tuberculose e higiene infantil, higiene pré-natal, visita aos portadores de doenças transmissíveis.

Passados alguns anos o Decreto nº. 20.109/31 institui que as escolas de enfermagem para funcionarem e serem reconhecidas, precisavam ser equiparadas ao padrão da escola oficial, isto é, a Escola Anna Nery, porém em 06 de agosto de 1949, com a Lei nº. 775, as escolas de enfermagem passaram a ser reconhecidas sem ter a necessidade de serem equiparadas ao “padrão” da escola Anna Nery, porém o termo continuou sendo usado até os dias atuais para distinguir as enfermeiras com curso superior das técnicas e auxiliares de enfermagem (GEOVANINI et al., 1999).

2.2 – O profissional de saúde e a Atenção básica

Quem faz a atenção básica, é o profissional de saúde, e para isto o profissional enfermeiro deve compreender que o cuidado é a essência da enfermagem, que envolve aspectos técnicos e biológicos, psicossociais e espirituais do indivíduo, sua família e sua comunidade, bem como, compreender a importância da provisão de ajuda, atenção, respeito, amor e compreensão mútua. Portanto, os novos profissionais precisam estar prontos a efetivar um cuidado tanto no meio ambiente físico, social e administrativo, valorizando o cuidado e compreendendo seu significado (SOUZA et al., 2006).

Espera-se que esta prática seja realizada por meio de técnicas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, utilizando o trabalho em equipe, voltado a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. “Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território”. Tem como princípios norteadores “a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Segundo Starfield (1992 apud ABRAÃO, 2007, p. 01) não haverá uma atenção de qualidade sem obedecer e respeitar os princípios, em que primeiramente, o indivíduo necessita ter o acesso ao serviço de saúde (universalidade); receber o cuidado prestado pela equipe de saúde em “um ambiente humanizado e de relação mútua” (acessibilidade); “capacidade de garantir a continuidade da atenção” (coordenação); ter os problemas da comunidade atendidos, no que se refere a problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam a doença (integralidade).

Neste contexto, o sujeito é considerado em sua singularidade, complexidade, integralidade e para a inserção sócio-cultural em que promove a saúde, a partir da prevenção e tratamento de doenças e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006b).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008)

[...] os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2008,p.13).

Logo, a Estratégia Saúde da Família é compreendida como modelo mais apropriado para a mudança almejada no âmbito da atenção em saúde. Por outro lado, para conhecer a atuação profissional do enfermeiro no âmbito do SUS e Estratégia da Saúde da Família, é importante retratar os modelos existentes frente ao processo de cuidar, em que alguns estudiosos reconhecem suas atribuições, tarefas e atividades.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

Nesse sentido, Peduzzi (2001, p.104) afirma que quanto à equipe multifuncional, esta é “concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços”. Seus achados destacam a presença de referência à psicologia para análise das equipes, “principalmente, com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos”. Consideram-se dois tipos de equipe: como agrupamento de agentes e equipe como integração de trabalhos. O primeiro modelo caracteriza-se pela fragmentação e segundo, pela articulação idealizada na proposta da integralidade das ações de saúde. “Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas”.

Assim, as equipes diferenciam-se tanto no modo de atuação quanto na ideologia que buscam, pois cada uma usa diferentes técnicas em que ocorrem coincidências de ações e na outra articulação de ações e integração dos agentes. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema por ter território

definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

É importante lembrar que uma unidade de saúde organiza-se por meio de equipes, que devem adequar-se à realidade local de cada unidade, tendo em vista a disponibilidade de recursos. “Essas equipes obedecem a uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar, isto é, reúnem profissionais de diferentes áreas, variando em função da finalidade do serviço/unidade”. As equipes podem ser organizadas por território, em que são divididos grupos sob a responsabilidade de uma equipe, que nesse caso é chamada Equipe de Referência Territorial. Essa equipe torna-se responsável pela atenção integral do usuário observado todos os aspectos relativos da sua saúde, preparando projetos terapêuticos e apoio matricial, ou seja, um arranjo na organização dos serviços que complementam as equipes de referência, o que permite um atendimento diferenciado atendendo às necessidades e, permitindo um melhor acompanhamento do processo saúde/doença/intervenção de cada usuário (BRASIL, 2004a, p. 08).

Campos (1999), afirma que as equipes de referência oferecem oportunidades para composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, sem diminuir a responsabilidade sobre os casos ou criando percursos intermináveis de encaminhamento. E aponta como ideal um modelo de atendimento singular e com a formação de pequenos grupos de técnicos, para uma clientela mais ou menos fixa, com objetivo de potencializar o papel terapêutico acolhendo melhor as diferenças de cada cliente, e oferecendo um atendimento pautado em mecanismos de aproximação e compromisso entre a equipe e os pacientes para maior qualidade do trabalho.

De acordo com Campos e Domitti (2007, p. 400) o apoio matricial em saúde:

[...] objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. [...] apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Desse modo, a formação dessas equipes visa a criar especialidades em apoio matricial, ampliando o trabalho clínico e sanitário, assegurando maior eficiência do atendimento em saúde para os clientes, e diminuir a fragmentação imposta pelo processo de aprimoramento do trabalho decorrente de especializações, de modo que a realidade do SUS

impõe inúmeras mudanças e certa reorganização do trabalho com novas diretrizes para que haja mudança efetiva.

De acordo com Gomes (2006, p. 04) “essa mudança de postura organizacional favoreceria o estímulo do compromisso das equipes com a produção de saúde, como também o desejo de realização profissional e pessoal”. Essa estratégia envolve um repensar do processo saúde/doença em que pese considerar o sujeito como um todo em sua dimensão de ser biológico, social, individual que possui valores, desejos que mudam em cada contexto, em cada comunidade.

Quanto ao modelo assistencial, Paim (2001), afirma que se trata da organização de ações com intuito de intervir no processo saúde/doença, e articular os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar e solucionar os problemas de saúde existentes em uma comunidade. E o modelo hegemônico é aquele que tem por base a atenção médica, com preocupação principal na produção de procedimentos, e ênfase no indivíduo doente, isolando-o de seu contexto social. E, portanto, fragmenta o cuidado em saúde (especialidades), de atuação desarticulada, desintegrada e pouco cuidadora. Desse modo, o atendimento, nesse modelo é pouco eficaz e resolutivo, desconhecendo outros níveis de assistência, não utiliza outras práticas terapêuticas ou racionalidades. Assim, atende apenas à demanda que o procura e possui um sistema de alto custo.

Segundo González (2007) atualmente existe um descompasso entre formação dos novos profissionais e o SUS, isto se deve por causa das mudanças no serviço de saúde. Na academia a formação é voltada para uma gestão não comprometida, com a atenção básica como aprendizagem marginal, o despreparo dos professores frente ao novo enfoque de aprendizagem, a difícil relação entre as diferentes profissões e a resistência dos estudantes em relação a comunidade. Por outro lado, dentro do serviço de saúde existe ainda a resistência dos profissionais às mudanças em processo, o acréscimo de mais de uma função, o ensino, a estrutura física inadequada para acolher os estudantes e os usuários, a resistência da população à presença do estudante no serviço e a possível identificação de fragilidades do serviço prestado. A articulação de movimentos para a mudança no contexto das profissões da saúde é uma necessidade e alguns pontos que devem fazer parte dessa agenda:

- a construção das competências comuns das profissões da saúde (elas não fazem parte do repertório habitual de nenhum curso, se não forem perseguidas, não serão desenvolvidas e podem perfeitamente ser trabalhadas articuladamente, pelo menos trocando experiências);

- a construção da rede-escola, ou dos espaços de aprendizagem na rede de serviços de saúde (todos os cursos estarão lá, de preferência integrados ao trabalho a rede, planejando e avaliando conjuntamente com as equipes locais; as SMS agradecerão se as profissões conseguirem se articular para esse trabalho de aproximação – e a enfermagem tem mais experiência acumulada que a medicina e qualquer outra profissão da saúde nesse campo);

- a construção da integralidade/trabalho em equipe multidisciplinar que só vamos aprender fazendo, de maneira articulada entre profissões e entre níveis de atenção. A Configuração de redes de cuidado nos parece um ponto interessantíssimo de trabalho, pois quebra a separação da atenção básica em relação aos demais serviços, quebra a separação da saúde coletiva e da clínica e é um desafio para as instituições de ensino e também para os gestores do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), os desafios institucionais para expandir e qualificar a atenção básica no contexto brasileiro são:

- 1 - a expansão e estruturação de uma rede de unidades básicas de saúde que permitam a atuação das equipes na proposta da saúde da família;
- 2 - a contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com reforço as estruturas gerenciais nos municípios e estados;
- 3 - a elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais frequentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais;
- 4 - ações que visem ao fortalecimento das estruturas gerenciais nos municípios e estados com vistas a programação da atenção básica, supervisão das equipes, supervisão dos municípios, supervisão regional, uso das informações para a tomada de decisão;
- 5 - revisão dos processos de formação e educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores;
- 6 - a definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção;
- 7 - a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da atenção básica;
- 8 - ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção.

No âmbito federal, a responsabilidade dos gestores inclui a elaboração de diretrizes para a política nacional de atenção básica; co-financiar os sistemas e ordenar a formação de recursos humanos. Criar mecanismos para programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica e manter as bases de dados nacionais. No âmbito estadual as responsabilidades incluem: acompanhamento na implantação e execução das ações de atenção básica em seu território. Regulamentar as relações inter-municipais. Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território, e co-financiar as ações de atenção básica, bem como, auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território. No âmbito municipal, devem definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); co-financiar as ações de atenção básica; alimentar os sistemas de informação e avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), a Saúde da Família é operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. O papel das equipes envolve responsabilidade com determinado número de famílias, em uma área geográfica delimitada em que atuam, implementando ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Desse modo, implica a necessidade de ultrapassar os limites anteriormente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no âmbito do SUS.

Alves (2005) afirma que na década de 90 inicia-se a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) que deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS, que traz em sua proposta a estratégia prevista para a reorientação do modelo assistencial por meio da atenção básica em que busca combinar técnicas e tecnologia para resolver problemas e atender necessidades individuais e coletivas. Quando se fala em integralidade quer-se demonstrar a importância do papel do profissional de saúde no sentido de prontidão para atender de modo integral, não se restringindo apenas à assistência curativa, mas também procurando identificar os fatores de risco relacionados à doença, buscando promover a prevenção e a educação em saúde com interesse de realizar uma intervenção com alcance além do corpo doente ou doença, com apreensão de necessidades mais abrangentes dos sujeitos, é necessário superar, fragmentação ainda existente no campo da saúde: a “cisão eu - outro”.

O Ministério da Saúde (2008) informa que a

[...] estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Portanto, a Saúde da Família como estratégia de mudança dos sistemas municipais de saúde provocou a existência de um importante movimento com o fito de reordenar o modelo de atenção no SUS, para racionalização dos demais níveis assistenciais, o que gerou resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

Assim, a substituição do sistema hegemônico pelo sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde (ALMEIDA, et al., 2005).

Segundo González e Almeida (2007, p.03) “o desafio está na quebra deste continuísmo de fragmentação e na inclusão da integralidade e da humanização das práticas ainda durante a formação”.

Logo, a concepção pedagógica requer articulação dos papéis da instituição de ensino e dos serviços de saúde, sugerindo cooperação na seleção de conteúdos, na produção de conhecimentos e no desenvolvimento das competências profissionais. “A formação dos profissionais não pode ser apenas técnica, tem de compreender cultura, sistema e relação” (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2007, p. 03).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), uma política ativa de mudança na formação possibilitará melhor articulação entre universidade e serviços de saúde.

O papel de protagonista na transformação dos conceitos e das práticas de saúde é responsabilidade de todos, orientando o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreender e desenvolver ações relacionadas à integralidade nas práticas em saúde.

Vale lembrar que, a Rede UNIDA tem contribuído através da implementação de Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para profissionais de Saúde da Família e reorganização das práticas, que se tornaram eixos estratégicos para a redefinição do modelo

de atenção à saúde no SUS. Os Pólos de Capacitação são “potencialmente um imenso ‘laboratório’ de inovações pedagógicas e organizacionais no âmbito do sistema de saúde”.

A tecnologia em Saúde da Família pode ser desenvolvida para as áreas educacionais, assistenciais e gerenciais com projetos alternativos de treinamento em serviço, como educação permanente, para oferecer a formação em massa do contingente esperado para a ampliação do PACS e do PSF (TEIXEIRA; SADER, 1997, p. 03).

O ensino científico direcionado para aprendizagem dos aspectos técnicos reforça o modelo biomédico e dificulta uma maior aproximação com o cliente, pois, quando formados, os profissionais tendem a ter uma maior preocupação em atender às necessidades biológicas do indivíduo, colocando em segundo plano o envolvimento com outros aspectos do ser humano.

Por outro lado, ressalta-se a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que ao longo de sua trajetória e luta pela democracia, ética e compromisso com a enfermagem brasileira, propõe ações em defesa da vida e da formação de profissionais comprometidos com a qualidade de vida da comunidade, justiça social e pela garantia da cidadania. Em 2006, a ABEn comemorou 80 anos de existência promovendo a reflexão e oferecendo instrumentos de análise para a situação atual do ensino de enfermagem (VALE; FERNANDES, 2006).

[...] o trabalho da ABEn, no que se refere à educação, não é um trabalho isolado. Ele tem sido realizado em parceria com outras entidades como a Rede Unida, a Federação Nacional dos Enfermeiros, a Associação Brasileira de Educação Médica e com setores dos Ministérios da Educação e da Saúde, que se empenham em contribuir na formação de profissionais da saúde competentes e habilitados para intervir no processo saúde-doença da população, atendendo, assim, à demanda social (VALE; FERNANDES, 2006, p. 421).

Através da ABEn – em parceria com o Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, (DEGES) e Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS) –, ocorreu a formulação das Diretrizes Curriculares para Cursos de Graduação e de Educação Profissional em Saúde, por meio do Parecer/CFE nº. 314/94 que foi regulamentado pela Portaria MEC nº 1721/94, observando as limitações atuais para promover sua implantação por meio de Projetos Político-Pedagógicos em cada Instituição Educacional. Desse modo, a ABEn vem contribuindo para a formulação de políticas relativas à formação de “Agentes Comunitários, Visitadores Sanitários, Auxiliares de Enfermagem de Rede Básica, Técnicos de Vigilância em Saúde Ambiental, além de avanços nos Currículos para os Técnicos e Auxiliares de Consultório Dentário, a partir da experiência de currículos integrados voltados

para a Enfermagem de Nível Técnico, e demais iniciativas parceiras da Promoção da Saúde” (BRASIL, 2004b, p.02).

Passados dois anos da formulação desse currículo, foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) – Lei n. 9394/96, que atribuiu ao MEC a prerrogativa de fixar os currículos dos seus cursos e programas, por meio das Comissões Especializadas no Ensino de Graduação, estabeleceram-se novas propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais. Daí surge a participação da ABEn que mobilizou a redefinição para o processo de formação dos profissionais de saúde, com a perspectiva de formar cidadãos competentes, política e tecnicamente, para atuar nos diversos contextos que a prática profissional oferece e com o intuito de contribuir para o desenvolvimento do país (VALE; FERNANDES, 2006).

Neste sentido, foi elaborada a proposta do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde que se pautou em pressupostos considerados essenciais:

- Adequação aos princípios e diretrizes para a política de recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde como Norma Operacional Básica (NOB-RH/SUS);
- Proposição que contemple a diversidade de aspectos relacionados à prática profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e considere suas especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho e ao atendimento das demandas individuais, grupais e coletivas;
- Observância à Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de ACS e ao Decreto nº 3.189/99, que fixa diretrizes para seu exercício profissional;
- Valorização da singularidade profissional do ACS como um trabalhador no campo de interface intersetorial da saúde, ação social, educação e meio ambiente;
- Promoção da qualificação profissional mediante processo sistemático de formação vinculado às escolas técnicas de saúde do SUS, itinerário de formação e obtenção de certificado profissional com validade nacional.

Tendo em vista a relevância e complexidade do assunto, a proposta de Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde foi submetida à consulta pública,

permanecendo no endereço eletrônico do Ministério da Saúde no período de 31 de outubro a 31 de dezembro de 2003 (BRASIL, 2004b, p. 03).

Assim, o debate em torno das políticas públicas para a formação e educação permanente dos profissionais de saúde, mostrou que existe a necessidade de melhor adequar as habilidades e os conhecimentos aos eixos da prática profissional do agente comunitário de saúde expressos para cada competência. A profissionalização assim concebida exige a elevação do perfil profissional do agente comunitário de saúde, principalmente em nível de sua autonomia intelectual.

Diante do exposto, percebe-se que a proposta:

[...] busca traduzir a necessidade da implementação de novas formas de organização do processo de trabalho em saúde, que rompam com o antigo padrão de fragmentação de tarefas e, neste sentido, caracterizando um perfil de desempenho elevado para o agente comunitário de saúde, tal como é exigido pelas políticas e estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p. 31).

Ressalte-se que em 2004, o COFEN, estabeleceu os parâmetros regionais e/ou locais em face das dimensões epidemiológicas e financeiras dimensionando a adequação quanti-qualitativa do quadro de profissionais de Enfermagem que passaram a basear-se nas seguintes características relativas:

I. à instituição/empresa: missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.

II. ao serviço de Enfermagem: Fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87); Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções COFEN e Decisões dos CORENs; Aspectos técnico-administrativos: dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; padrões de desempenho dos profissionais; índice de segurança técnica (IST); taxa de absenteísmo (TA) e taxa ausência de benefícios (TB) da unidade assistencial; proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio, e indicadores de avaliação da qualidade da assistência.

III. à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), realidade sociocultural e econômica (BRASIL, 2004c, p.02).

Diante disso, verifica-se a preocupação em criar um parâmetro de qualidade para o atendimento nos programas de saúde primária no âmbito do SUS e ESF, para que os profissionais de saúde possam atender as necessidades existentes bem como, formular um modelo a ser utilizado nas IES para graduação na área de saúde.

O profissional enfermeiro lida com situações diárias diversas e necessita estar sempre bem preparado, tendo em vista também que a sociedade evolui e mudam-se os conceitos e os comportamentos em relação ao processo saúde/doença, portanto exigem cada vez mais uma formação abrangente que envolva conhecimentos que possam subsidiar planejamento e dar suporte às constantes mudanças sociais, daí a importância da educação continuada, pois através dela se desenvolvem habilidades individuais e coletivas.

2.3 – As Experiências de formação

A produção do conhecimento tem a necessidade de transpor e quebrar barreiras diversificadas na formação do profissional e na prestação dos serviços, elementos que se tornam essenciais para compor uma práxis assistencial, desenvolvida e baseada num pensamento complexo, crítico, criativo e integral.

A academia exercendo o seu papel hoje diferenciado, numa busca para ampliar sua relevância social e o compromisso com a produção do conhecimento junto ao profissional de saúde, tem a necessidade de redefinir as diretrizes curriculares e para a promoção de uma prática que atenda à política de saúde, cantada a partir da Constituição Federativa, 1988, e dos princípios do Sistema Único de Saúde.

O aprender continuamente faz parte do cotidiano do profissional que tem no “Campo de Saúde” a responsabilidade e sua atuação baseada na promoção e prevenção da saúde no nível individual e coletivo, assegurando uma prática integral e com resolutividade do problema de saúde apresentado pela comunidade ou coletivo.

A educação do profissional de saúde deve ser orientada aos problemas mais relevantes da sociedade, de modo que a seleção de conteúdos essenciais deve ser feita com base em critérios ou a descrição epidemiológica e nas necessidades de saúde, numa estratégia para contemplar o sistema de saúde vigente no país, buscando produzir o conhecimento na formação de profissionais com capacidade de atuar e desenvolver a atenção integral à saúde num sistema regionalizado, hierarquizado de referência \ contra referência e o trabalho coletivo ou em equipe.

Outra página da produção do conhecimento, aprender é a integração dos conteúdos básicos com a realidade onde será aplicada à prática no longo percurso da sua atuação que encontra uma diversificação dos cenários onde se dá atenção à saúde.

Hoje, no Brasil, existem experiências que visam a cobrir o foco que existem entre a formação acadêmica e a implantação e prática das políticas públicas de saúde. As principais

responsáveis por inovações são as faculdades da área de saúde que já praticava a docência-assistencial com intuito de aproximarem da prática juntamente com os alunos.

O conhecimento fundamenta o cuidar, que é objeto do profissional enfermeiro, que este presente no processo de trabalho, desenvolvido juntamente com a ciência, com responsabilidade, prudência pontuando a apreensão da necessidade para atender o princípio da integralidade da assistência.

A integralidade como princípio do SUS, tem sido um termo com várias “múltiplas formas” e com o seu modo de uso apresentado pelo autor como um “sonho” a ser realizado no sistema de saúde. Na luta pela consolidação do SUS, a integralidade da assistência é uma prática desenvolvida nas unidades de saúde que envolve a realidade apresentada pela comunidade local que leva a um dialogo para abertura de informações e para a leitura da realidade; sobrepondo os modelos tradicionais de assistência formulada pelo conhecimento na formação do profissional.

De acordo com PINHEIRO e MATTOS (2001, p. 123):

[...] aspirações da integralidade parece ser um modo ampliado de apreensão das necessidades de saúde. Ou, em outros termos, a integralidade envolve uma leitura ampliada das necessidades de saúde e dos grupos populacionais.

Em achados, encontram-se modelos assistenciais de integralização que tiveram resultados positivos.

Santiago e Andrade (2003) avaliaram um programa de controle de câncer cérvico-uterino (PCCCU) realizado no nível local de saúde comparando-o com um serviço de referência,

[...] desenvolvido na rede local de saúde de um município da região sudeste brasileira, Paulínia (São Paulo), predominantemente urbano e industrializado, que contava, em 1995, com aproximadamente 40 mil habitantes. A rede de serviços de saúde, implantada com a participação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), compõe-se de quatro unidades básicas e um hospital geral (SANTIAGO; ANDRADE, 2003, p. 573).

A implantação do programa estimulou os profissionais a ampliarem e adequarem conhecimentos em “interpretação das imagens de colposcopia e a realização de exames diagnósticos, como biópsia, conização e histerectomia, estes dois últimos, juntamente com a cauterização, podendo também ser terapêuticos”. Oferecendo exames de papanicolaou a mulheres com mais de 10 anos usuárias do SUS, sendo inscritas no programa as “pacientes com exames alterados ou aquelas com lesões cervicais suspeitas ao exame clínico, ainda que o exame citológico estivesse normal” (SANTIAGO; ANDRADE, 2003, p. 573).

Avaliaram a capacidade diagnóstica na identificação neoplásicas e pre-neoplásicas de colo em 552 pacientes que foram submetidas e comparadas aos indicadores de resultados do programa desenvolvido pelo CAISM/UNICAMP, composto por 116 pacientes.

Observou-se diferença significativa no que diz respeito ao abandono do tratamento: enquanto no PCCCU/Paulínia ocorreu abandono de referência, 32,7% das pacientes permaneceram no máximo até seis meses em seguimento, sugerindo abandono precoce do cuidado (Ib idi, p. 576).

Concluíram que ambos os programas atendem em capacidade diagnóstica e de resolução de casos, tendo em vista a mudança no processo de estruturação do cuidado no município estudado, com capacitação técnica dos profissionais da rede para lidar com os procedimentos diagnósticos e terapêuticos padronizados pelo serviço de referência. Ressalta-se o estímulo ao processo de trabalho integrado entre a rede básica e o hospital geral, com a constituição de equipes únicas responsáveis pelo cuidado das pacientes e o uso da educação continuada. Assim, demonstrada a importância de mudanças como essas para que outros municípios também ofereçam maior qualidade de atendimento.

Outro exemplo, é o da Faculdade Federal de São Paulo, que por meio do Campus Baixada Santista em que propôs um Projeto Político Pedagógico envolvendo os cursos de nutrição, fisioterapia, educação física, terapia ocupacional e psicologia, a desenvolverem a Educação inter-profissional na formação em Saúde, para atingir a competência para o trabalho em equipe e integralização do cuidado.

Utilizaram, para tanto as seguintes estratégias:

1. Elaboração do Plano Pedagógico Institucional para os cursos de Graduação e Seqüenciais do *campus* da Baixada Santista, com ênfase nos aspectos centrais que levaram à sua criação, levando em conta as demandas por capacitação de profissionais na interface da saúde com educação e as ciências do ambiente.
2. Criação de estrutura curricular que preveja a integração progressiva dos currículos dos novos cursos de Graduação ao das disciplinas já oferecidas nos cursos do *campus* de São Paulo, de modo a facilitar a inserção de egressos daqueles cursos no sistema de pós-graduação e extensão.
3. Ampliação da pesquisa em Educação de Ensino Superior *vis-a-vis* as experiências com o conjunto de cursos oferecidos pela UNIFESP e dos que venham a ser criados em novas áreas do conhecimento.
4. “Criação de um sistema de avaliação de impacto do processo de expansão das atividades institucionais de educação no novo espectro de ações da UNIFESP, sob as dimensões social, política e econômico-financeira” (PDI UNIFESP, 2005).

Esse programa foi efetivado em 2005, e atua no contexto da Baixada Santista, caracteriza-se pelo ensino privado, com cinco universidades, sendo quatro universidades

privadas: Universidade Santa Cecília (UNISANTA), Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Universidade Paulista (UNIP), Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP); e uma comunitária, Universidade Católica de Santos (UNISANTOS). Assim, foram propostos ao MEC, os cursos de graduação em Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física.

O nutricionista residente atua na atenção nutricional e alimentar de indivíduos e coletividades, sadios e enfermos, nos diferentes níveis de atenção à saúde (Unidades Básicas de Saúde; Ambulatórios de Especialidades e Hospitais, públicos e privados; Unidades de Vigilância à Saúde) e, ainda, em outros cenários tais como: escolas, creches, restaurantes comerciais, hotéis, academias esportivas, indústria de alimentos, entre outros.

O campo de atuação do fisioterapeuta é o contexto de programas e projetos interdisciplinares de reabilitação, com o objetivo de restaurar a função e melhorar a qualidade de vida, em pessoas com perdas ou alterações de movimento.

O profissional de educação física atua no controle e na prevenção de doenças, por meio do exercício como forma terapêutica. Isto possibilitará o engajamento destes profissionais em equipes interdisciplinares de saúde em hospitais, clínicas, SUS, entre outros.

O campo de atuação do Terapeuta Ocupacional abrange: Hospitais gerais e especializados, Clínicas, Consultórios, Centros de reabilitação, Empresas, Centros de saúde, Instituições Geriátricas, Centros de Convivência, Instituições penais, Creches, Escolas e Clínicas Especializadas, Institutos de Pesquisas, Magistério superior, Consultoria e Assessoria.

O estudante de psicologia atua na perspectiva da promoção de saúde e contribuir para o desenvolvimento dessa área, no âmbito teórico e prático.

O programa da Baixada Santista concentrou esforços para formação profissional para atuação prática e em pesquisa, por meio da interdisciplinaridade, postura ativa do estudante na construção do conhecimento, postura facilitador-mediadora do docente no processo ensino/aprendizagem, integração com a comunidade, integração entre os diferentes níveis de ensino e pesquisa, dentre outros que fizeram o sucesso inovador implantado em Santos-SP.

Fernandes et al. (2007) elaboraram um artigo em que discutiram a inovação dos cursos superiores no âmbito da formação acadêmica em saúde, com o fito de colaborar para a construção de uma universidade socialmente comprometida e pedagogicamente inovadora com uma estrutura acadêmica renovada. Apresentaram uma proposta de reestruturação para a Universidade Federal da Bahia (UFBA) avaliando seus desdobramentos no que tange ao ensino em saúde, com foco na Enfermagem.

[...] propôs-se implantar uma arquitetura curricular modular, com vistas à diversificação dos modelos de formação profissional e acadêmica, através do Bacharelado Interdisciplinar (BI), sem perder de vista as atividades de pesquisa e extensão e o fortalecimento da integração da graduação com a pós-graduação. Vale salientar, também, a adoção de novas modalidades de processo seletivo pautadas por maior diversificação e maior flexibilidade de instrumentos e procedimentos, para ampliar a inclusão social pela educação superior (FERNANDES et al., 2007, p. 832).

Buscou-se por meio dessa proposta romper com a rigidez das disciplinas, dos pré-requisitos e dos conteúdos obrigatórios, que em geral não desenvolvem competências para resolução dos problemas e necessidades colocados pela realidade social, e com interesse na construção de um projeto acadêmico em que o eixo da formação passa a ser a prática/trabalho/cuidado voltado para os processos da vida e da saúde dos indivíduos (Ib idi, p. 834).

Esses modelos mostram que é possível reunir um conjunto de capacidades e competências para criação de modelos de formação profissional em saúde pautada na articulação de conceitos, percepções para a produção de saberes sobre práticas de ensino no com uso da Integralidade.

O ensino de enfermagem nos dias atuais impõe mudanças expressivas com intuito de atender aos desafios de ampliação do campo de ação do enfermeiro requeridos pela Reforma Sanitária, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e pela Política de Formação e Educação Permanente em saúde (FEUERWERKER, 2002; ALMEIDA, 1986 apud COSTA; GERMANO, 2007).

Segundo Feuerwerker (2002) essa necessidade surgiu a partir do consenso de que é impossível transformar o paradigma sanitário e o sistema de saúde sem atuar na formação dos profissionais, tornando-se de suma importância um novo modelo de formação para o SUS.

Esta transformação inclui um modelo de Estágio Curricular Supervisionado (ECS), o qual seria enorme contribuição, por se tratar de uma atividade acadêmica rica para a formação profissional, momento em que o estudante entra em contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho, o que lhe possibilita o desenvolvimento pessoal e profissional, e a consolidação de conhecimentos adquiridos no transcorrer do curso, através da relação teoria-prática (COSTA; GERMANO, 2007).

Nota-se que o ensino científico enfoca aspectos técnicos reforçando o modelo biomédico o que dificulta a aproximação com o cliente, tendo em vista que, ao se formar, os profissionais

tendem a preocupar-se apenas em atender às necessidades biológicas do indivíduo, colocando em segundo plano o envolvimento com outros aspectos do ser humano.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 – Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva com análise documental e abordagem qualitativa dos dados. A pesquisa de abordagem qualitativa preocupa-se em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, trabalhando com a vivência, a experiência, o cotidiano e a compreensão das estruturas e instituições como a somatória da ação humana objetivada (MINAYO, 2004; RICHARDSON, 1999).

Minayo (2004) fundamenta que a abordagem qualitativa preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com um universo de significados, concepções, motivações, valores e atitudes, que por sua vez correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis quantificáveis.

Partindo do pressuposto de que a pesquisa descritiva leva a observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos sem que se façam interferências, realizou-se um estudo descritivo retrospectivo com análise documental que de acordo com Minayo (1996, p.124): “Pesquisas descritivas são habitualmente solicitadas na área de enfermagem”, portanto, uma das características da pesquisa descritiva é a técnica padronizada da coleta de dados, realizada principalmente através de questionários e da observância sistemática.

Para Gil (1999, p. 66) “a pesquisa documental, consiste na exploração das fontes documentais, que são em grande número”. Segundo o mesmo autor, há vantagens e limitações neste tipo de pesquisa. Tem como vantagem o fato dos documentos se constituírem em fontes ricas e estáveis de dados e não exige contato com os sujeitos da pesquisa.

3.2 – Campo de estudo

A pesquisa foi realizada no cenário da formação dos profissionais de enfermagem: tanto em faculdades de enfermagem como em curso técnicos para auxiliar e técnico de enfermagem. Foram escolhidas as instituições formadoras reconhecidas no Estado de Goiás: dentre os quais, cursos ofertados pela Universidade Católica de Goiás (UCG), assim como pela Universidade Federal de Goiás (UFG); e, também os cursos técnicos, Escola Técnica Florence

Nigthingale, com sede no Município de Anápolis/GO. Na primeira instituição citada fomos recebidos para uma entrevista além de ter vistas ao Projeto Pedagógico e fornecida a grade curricular e a UFG, não sendo possível compatibilizar o tempo de pesquisa com uma recepção presencial, foi estudado o Projeto Pedagógico que encontramos no *site* da Universidade.

Outro cenário foi as Unidades de Saúde da Família, onde profissionais de enfermagem, ex-alunos das IES, desenvolvem o trabalho junto com a comunidade e com a Equipe Saúde da Família.

3.3-População e amostra

Para Minayo (2004), não se faz necessário uma maior atenção quanto ao número de sujeitos que serão investigados. O que é relevante para essa autora quanto à pesquisa qualitativa, é que o sujeito selecionado esteja realmente vivenciando ou fazendo parte da situação em estudo. Assim sendo, os sujeitos de estudo serão os coordenadores do curso de enfermagem e os professores que administram a disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva e Saúde Pública.

Segundo Appolinário (2004, p.26) “amostra por conveniência é o tipo de amostra não probabilística na qual os sujeitos são escolhidos para comporem a amostra de acordo com a conveniência ou facilidade do pesquisador”.

Esta pesquisa contou com a participação de um número mínimo de 12 sujeitos, tal amostra foi definida pelo pequeno número de profissionais – formados pelas instituições estudadas - existentes no Saúde da Família da rede pública de Anápolis, mas podemos dizer que chegamos também à saturação das informações.

Os sujeitos da pesquisa foram contatados no período de abril 2008, a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem, maior de 18 anos, exercerem a função de coordenação, ser professor da disciplina de Saúde Pública, e aceitarem, voluntariamente, participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e como critério para exclusão, aqueles sujeitos que não se enquadraram aos critérios supracitados, sendo, portanto, excluídos da amostra.

Os sujeitos que concordarão em participar da pesquisa sofreram riscos mínimos, tendo em vista que o tipo de pesquisa não utilizou métodos agressivos ou prejudiciais à saúde, estando os riscos relacionados apenas à exposição pessoal sobre seus conhecimentos. Para amenizar esses riscos, a identificação do sujeito não foi revelada em nenhum momento da

pesquisa e as respostas do questionário foram obtidas em ambiente reservado, respeitando a individualidade e privacidade para participação durante a coleta. Todos os participantes foram informados quanto ao objetivo da pesquisa, e do direito de se recusarem ou se retirarem do estudo em qualquer momento sem sofrer nenhum prejuízo ou pressão e ainda foi-lhes garantido o anonimato e sigilo das informações, pois, foram utilizados números ordinais aos participantes e sendo lido e esclarecido alguma dúvida e posteriormente solicitada a assinatura do TCLE (Apêndice 1) assim, legalizada sua participação. O sujeito que se sentiu constrangido pelo fato de não se sentir apto a responder a alguma pergunta do instrumento de coleta apresentado, teve total liberdade de procurar a pesquisadora para o devido esclarecimento das dúvidas, após ter respondido o questionário. Aqueles que decidiram desistir de participar na pesquisa, tiveram a liberdade de escolha sem risco algum de ser penalizado. As informações obtidas foram processadas e serão mantidas em arquivos durante cinco anos, e depois desprezadas.

Quanto aos benefícios esses foram de grande importância para o meio científico e também para os profissionais de saúde, através de novos conhecimentos. A pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo os seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº. 196/96.

O projeto passou pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UniEvangélica, e logo após parecer favorável iniciou-se. Os currículos dos cursos em estudo foram manuseados e foram utilizados para esclarecimento. Os mesmos encontram-se disponíveis na internet.

3.4 – Coleta de dados

Gil (2002) mostra que o estudo de campo se caracteriza pelo aprofundamento das questões propostas, onde se pode estudar um único grupo ou comunidade, no que diz respeito à estrutura social, ressaltando a interação entre seus componentes.

A fim de se realizar a coleta de dados prevista para a pesquisa, iniciou-se com a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas (LAKATOS; MARCONI, 2004).

Os dados foram coletados no período de abril a setembro de 2008 em que utilizou-se de um questionário semi-estruturado com questões contendo perguntas fechadas e abertas.

Segundo Minayo (2004, p. 99), a entrevista na pesquisa qualitativa “é o procedimento mais usual no trabalho de campo, por meio dela o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos sujeitos sociais”.

Segundo Lakatos e Marconi (1996), nas perguntas abertas, o informante ao utilizar linguagem e a colocação de suas opiniões, responde livremente àquilo que lhe foi questionado, possibilitando investigações mais profundas e precisas. As perguntas fechadas são limitadas e objetivas, permitindo ao sujeito apenas à escolha de sua resposta através de opções pré-estabelecidas.

3.5 – Análise dos dados

Gil (1999), afirma que a análise dos dados de uma pesquisa permite organizar e demonstrar os mesmos de forma tal que possibilite o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação.

A expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é Análise de Conteúdo. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais (MINAYO, 2004, p.199).

A Análise de Conteúdo é composta por algumas técnicas. Dentre elas, optou-se pela Análise Temática, que consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Ib idi, p. 209).

Os dados foram analisados no período de outubro a dezembro de 2008 em que utilizou-se a Análise Temática, por ser bastante formal e manter a regularidade, seguindo o roteiro apresentado por Minayo (2004) subdividido em três etapas:

- a. Pré-análise: organização das idéias iniciais que foram sintetizadas com interesse em conduzir o plano de análises. Os documentos foram analisados com base nos objetivos do estudo e das várias fontes averiguou-se as mais adequadas, observada a homogeneidade entre os documentos... compondo-se dos textos recortados e referenciados;
- b. Exploração do material: feita a codificação... todos os dados foram analisados para montar a primeira versão do texto;
- c. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: partindo resultado bruto foi realizada a análise complexa, sintetização e seleção dos resultados, a qual foi elaborada com fito de servir de fonte de dados para outros estudiosos do tema.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Essa dissertação buscou articular a teoria com a realidade escolhendo para seu percurso metodológico uma pesquisa qualitativa, buscando um entendimento de significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças, valores, representações, opiniões e relações, que permeiam a realidade, através de uma aproximação fundamental e íntima entre sujeito e objeto pesquisado e tem como material primordial a interpretação da palavra que expressa a fala cotidiana (MINAYO, 2004).

Buscou-se auxílio da análise documental em currículos das Instituições de Ensino que através da leitura do plano de ensino com suas ementas e indicadores que expressam a lógica dos cursos de enfermagem, pontuou-se a descrição da ligação ou integração da teoria com a prática, da saúde coletiva e saúde pública e também a descrição da política de saúde atual. A análise documental constitui-se de uma técnica importante na pesquisa qualitativa, a qual complementou as informações obtidas e também concorreu para a validação dessas informações (MINAYO, 2004). A leitura dos currículos fez-se assim, necessária para levantar indicadores que demonstram um processo de mudança na formação do profissional.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unievangélica (CEP), foi realizada uma entrevista semi-estruturada composta de perguntas abertas, para doze (12) profissionais de enfermagem ficando assim distribuídos: são quatro (4) professores de universidade, três (3) professores da escola técnica e, apenas, cinco (5) enfermeiros – egressos de tais escolas - que atuam na Estratégia Saúde da Família no município de Anápolis. Os docentes desenvolvem, também, o estágio nas Unidades de Saúde da Família.

Os participantes da pesquisa foram convidados e informados sobre as questões ética em relação a pesquisa e garantido pelo pesquisador o sigilo absoluto, a segurança e a privacidade pessoais do sujeito e também garantindo o seu anonimato e a autonomia na realização das entrevistas. A entrevista contendo perguntas abertas relacionadas ao tema abordado proporcionou para o sujeito a liberdade de expressão de suas opiniões, que para o pesquisador tornou-se objeto de exploração e interpretação respondendo de modo informal os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2004).

A análise da entrevista com perguntas abertas foi uma análise de conteúdo por meio da técnica de análise temática, que em primeira instância, agrupou as idéias seguindo um

modelo aberto para melhor valorizar os argumentos de cada sujeito com construções interativas de uma explicação (MINAYO, 2004).

A análise temática acompanhou os seguintes passos, apresentado nos anexos 1 e 2: a ordenação das falas do sujeito que resultou num quadro para organização dos relatos que foram agrupados para melhor valorização dos argumentos do informante surgindo de uma maneira interativa as principais manifestações apreendidas nos argumentos expostos pressupondo o início de uma classificação. Após, é realizada a leitura transversal (horizontal e vertical) onde foram feitas as inferências das falas e retirados os temas ou núcleos de sentido separando as partes semelhantes e colocando juntas e distribuindo em gavetas, resultando em várias gavetas que são reagrupadas e interpretadas originando as categorias (MINAYO, 2007).

As categorias analíticas é o resultado de um processo de construção de interpretação e conhecimento das unidades de sentido que são expressões relevantes do resultado da interpretação dos dados e da repetição das falas, escolhendo categorias teóricas ou empíricas responsáveis pelas especificações dos temas. A terceira etapa é o tratamento das categorias onde se explicou o porquê da escolha e exposição dos núcleos de sentido com a fala dos sujeitos, da investigadora em junção à teoria (MINAYO, 2004).

Essa pesquisa fica assim disposta em três categorias analíticas:

Categoria 1 – Organização do Processo de trabalho do profissional enfermeiro;

Categoria 2 – Características/vivências do ensino em Saúde Pública; e,

Categoria 3 – Influências da formação acadêmica, na atuação dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde.

Categoria 1 – Organização do processo de trabalho do profissional enfermeiro

A saúde como direito fundamental do ser humano e também com um conceito ampliado, o processo de trabalho do profissional tem apresentado mudanças para atender esse direito e o conceito de saúde de um modo diversificado. No Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), temos alguns princípios que norteiam o processo de trabalho como o “respeito às diferenças loco-regionais”; a diversidade das necessidades de saúde apresentada pela comunidade fogem das ações programadas e cronometradas como pode-se perceber nas falas dos sujeitos:

“... todo mês faço agenda com a programação mensal... programas do Ministério da Saúde”.

“... Planejamos as ações e implantamos os programas conforme encaminhamento da Coordenação, cronograma...”

“... programa do Ministério da Saúde... programação mensal, hipertensão e diabetes – HIPERDIA, todas as quartas – feiras...”

“... ‘apaga fogo’, muito trabalho e muito problema”. (Sujeito 1)

“O agente realiza, a comunidade aceita bem o agente; muito trabalho, não dá Tempo”. (Sujeito 2)

Na Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, o MS, define: “A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo como os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006b, p.11).

O MS espera com a estratégia Saúde da Família reorganizar as práticas de atenção a saúde através da mudança do foco de atuação – do indivíduo para a família e para o ambiente onde ele vive, da doença para atenção à saúde, na promoção, prevenção e recuperação (BRASIL, 2001b).

A necessidade ou os problemas de saúde mais frequentemente apresentados pelos sujeitos ou pela comunidade local determinam a necessidade em saúde estabelecendo prioridades no processo de trabalho.

Os fatores determinantes e condicionantes de cada região, ou as necessidades em saúde são considerados eixos estruturantes para o desenvolvimento do processo de trabalho do profissional para o desenvolvimento do cuidado com qualidade no campo da saúde. O processo de trabalho desenvolvido em equipe com responsabilidade da assistência resolutiva, de um modo integral, no território e ampliando o controle social na defesa da qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

Podemos notar que pelas falas do sujeito, que a necessidade em saúde apresentada pela população não pode ser só assistida através dos cronogramas mensais e sim através da demanda espontânea para que se possa conseguir um dos propósitos da atenção básica. O levantamento da realidade de cada região geográfica, área territorial, onde a equipe saúde da família vai atuar, realizado pela equipe, é o que determina a elaboração das atividades que serão desenvolvidas juntamente com a comunidade e que vai propor as alterações no modo de assistir pela equipe saúde da família.

As falas demonstram que o processo do cuidar nas unidades é desenvolvido baseado no dia programado no cronograma mensal que é conhecido e divulgado para a

comunidade. Desenvolver ações padronizadas pelo MS garante o início e o fim sem esbarrar no medo, insegurança e não coloca o saber em dúvida ou testado. E ainda podemos inferir que existe uma exigência de quantidade de ações na gerência dos serviços que cobram números e não escuta:

“...Cronograma, consulta marcada”. (sujeito-1)

“...o paciente não vai ao posto só quando esta doente, qualquer problema trás para resolver”. (Sujeito 1)

“Qualquer um vai no postinho falar, ou levar a seu problema não é só doença ...” (Sujeito3)

“Hoje eu atendi uma tuberculose,eu encaminhei, não tem tuberculose na unidade” (Sujeito3).

Desenvolver um processo de trabalho na espera do que vai acontecer ou esperar a necessidade apresentada traz uma insegurança e um medo de demonstrar como resolver ou dar solução para aquela necessidade e também em relação a intervenção são diferentes para cada problema.

As variáveis que interferem na resolução de problemas são muitas como, por exemplo: depende de cada família, da situação social, cultural e econômica de cada cliente exigindo dos profissionais resoluções e programações diferentes dos planos de enfermagem ou de cuidados como foi ensinado na academia.

De acordo o Ministério da Saúde, (2001a, pag. 16): “o processo de trabalho do profissional enfermeiro tem como base a promoção de saúde, que prioriza o bem comum da comunidade que terá a sua materialização na melhora da qualidade de vida”, assim a realidade apresentada pela comunidade prioriza as interferências e a necessidade de se desenvolver uma interdisciplinaridade/intersetorialidade para a solução ou intervenção dessa realidade.

A formação do profissional de saúde ainda ocorre de um modo fragmentado, voltado para os sinais e sintomas, individualista e biológico, que, se sofrendo um processo de mudança, faz com que o profissional ao desenvolver o processo de cuidar tenha maior facilidade em assistir a saúde com cronogramas determinados, baseado no perfil epidemiológico, por prioridades desenhadas ou protocolos apresentados pelo município a fim de atender a demanda espontânea realizando uma escuta qualificada do usuário para a criação de vínculos (BRASIL, 2006a, p. 42).

Segundo o Ministério da Saúde (2006a), a Estratégia Saúde da Família tem a função de desenvolver ações básicas de saúde e reorganizar o modelo assistencial com novos

critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Desta forma, é considerado como a principal estratégia de resolutividade e qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial.

A formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimento da vigilância da saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); o não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção). Esse desafio para os cursos profissionais de saúde surgiu em 2001 e 2002 com as diretrizes curriculares nacionais que afirmaram que a formação do profissional deve atender as políticas de saúde vigentes no país.

No entanto, é uma recomendação, porque as universidades gozam de autonomia, uma autonomia limitada até certo ponto, porque elas devem seguir normas determinadas pelo governo federal (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse sentido, as universidades devem reagir positivamente face a essa crise de legitimidade, que se questiona seu papel na formação profissional, produção e transmissão de conhecimento para um contexto mais favorável para as mudanças que se pretende implantar. Com isso, é importante desenvolver novas metodologias que favoreçam o espírito crítico, a reflexão e a participação ativa na construção do saber.

Categoria 2- Característica\vivências do ensino em Saúde Pública

Segundo Fontinele (2003), estima-se que 85% dos problemas de saúde das comunidades são resolvidos na atenção básica, a estratégia Saúde da Família tem a resolutividade como um dos seus princípios organizacionais. A intervenção da realidade é o levantamento do perfil epidemiológico, da realidade apresentada por cada família e a prestação de assistência de bom nível com qualidade é desenvolver o processo saúde-doença; o profissional de saúde precisa entender desse processo e considerar uma prática que esclareça as causas diversificadas dessa realidade apresentada.

O processo saúde-doença é desvincular o individualismo e atuar dentro da interdisciplinaridade e numa equipe de multiprofissionais. Segundo Merhy (1994, apud CAMPOS, 1994, p. 24), “o processo saúde é uma intervenção de relacionamento, de práticas interdisciplinares com tecnologias leves que promove a solução e a relação entre profissionais que atuam em equipe e a comunidade”.

Essa categoria mostra-nos através da falas do sujeito que na prática o trabalho em equipe não está sendo realizado por diversos fatores, dentre eles, a falta de preparo e/ou conhecimento, o que comprova a necessidade de mudanças:

“... difícil trabalhar em equipe, cada um por si”. (Sujeito 9)

“... falta de preparo para trabalhar em equipe”. (Sujeito 1)

“...dificuldade de relacionamento, muito individualista, cada um desenvolve seu trabalho da maneira que acha que esta certo ou como aprendeu na faculdade”. (Sujeito 3).

Nesse contexto, é preciso promover a capacidade de aprender a aprender, a trabalhar em equipe, comunicar-se adequadamente, ter atitude positiva diante das dificuldades, ter agilidade diante das situações que possam surgir. Nessa perspectiva, urge a transformação do perfil profissional para os futuros atores da saúde, em primeiro lugar na âmbito de sua formação, por intermédio dos princípios e diretrizes do sistema público de saúde, fundamentadas no conceito mais amplo de saúde, com aprendizagem multidisciplinar com a preocupação em integrar o ensino e os serviços, para atingir o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da população.

Segundo o Ministério da Saúde, (2006a) o processo de trabalho ao desenvolver suas ações tem a relação dos profissionais na equipe em conjunto e não cada um com seu saber fragmentado. Assim, os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família devem possuir características para a prática do cuidado ampliado, isto se deve por uma atuação na família criando vínculos, que serão efetivados por ações de integralidade desenvolvidas através de um trabalho interdisciplinar e integral em várias áreas técnicas e profissionais das diferentes formações.

Desenvolver um processo de cuidar em equipe é uma das dificuldades dos profissionais de saúde, a abertura de espaços de discussões e de negociação e a introdução de novos atores na equipe como o agente comunitário e a comunidade é uma situação nova para os profissionais e ainda não está presente na formação, levando com isto o desenvolver de individualidade das soluções.

Discutir em equipe que há profissionais de diferentes disciplinas e levantar em reuniões as possibilidades de trabalhar um caso com as diversas visões, traçar o processo de

saúde e desenvolver qualidade de assistência em equipe é uma mudança no modelo assistencial que desloca da ciência biológica e caminha para a ciência social onde as necessidades apresentadas pela comunidade, família e indivíduo.

A mudança de enfoque em todos os aspectos da saúde do indivíduo, da coletividade e da família define prioridades que reforça o objetivo da atenção básica que é o desenvolvimento integral do indivíduo, família e comunidade assistida e a criação do diálogo entre o usuário e a equipe de multiprofissionais na criação de vínculo para o alcance da qualidade de vida.

A abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais os quais interferem na interpretação dos fatores que determinam o processo saúde-doença obtendo um impacto e provocando a ruptura no modelo individualista, biológico, centralizado e com baixa resolutividade.

Outra vivência e característica de Saúde Pública identificada nas falas dos sujeitos é referente à visita domiciliar:

“... sempre realizo quando solicitado pelo agente”. (Sujeito 9)

*“...realizo só quando tem necessidade junto com o agente comunitário”.
(Sujeito 8)*

“... não dá tempo de realizar a visita...” (Sujeito 6)

“...realizo quando solicitado pela enfermeira”.(Sujeito 7)

“...o médico...não realiza”. (Sujeito 11)

*“...a visita domiciliar é feita pelo agente, é muito difícil de sair do posto”.
(Sujeito11)*

Segundo Giacomozzi e Lacerda (2006, p. 647), a visita é uma categoria da atenção domiciliar que tem como prioridade diagnosticar a realidade do indivíduo e as ações educativas. “É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na comunidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com intuito de subsidiar intervenções ou planejamentos de ações”. Esse tipo de intervenção exige aparato tecnológico em domicílio, tendo em vista a situação para cada caso em concreto, em que a equipe de saúde deve permanecer na residência por quatro horas diárias e prestar acompanhamento contínuo.

Na reorganização do modelo assistencial, espera-se que a visita domiciliar seja realizada por todos os componentes da Equipe Saúde da Família. Esse trabalho deve ser desenvolvido com muita responsabilidade e procurando desenvolver ações e interações com a família, não se prendendo apenas ao quadro do paciente.

De acordo com Giacomozzi e Lacerda (2006, p.647) devem ser observados fatores “sociais (econômicos, culturais e espirituais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança e o grau de esclarecimento da família”. Desse modo, fica clara a atuação do enfermeiro nesse contexto, em que deverá utilizar-se de sua interdisciplinaridade para conseguir amenizar ao máximo a situação e atuar tendo em vista a integralidade de suas ações.

Nesse sentido, observa-se que o objetivo dessa atividade é garantir o vínculo e o acesso da equipe de saúde no contexto familiar e social dos usuários permitindo acompanhar regularmente a saúde da família, os fatores que poderão auxiliar na determinação do processo saúde – doença (BRASIL, 2000b).

A visita domiciliar reúne um conjunto de ações de saúde voltadas para os aspectos educativos e assistenciais, devendo ser planejada por todos os profissionais que desenvolve o processo de cuidar, promovendo o desenvolvimento comunitário, criando vínculo e com isso proporcionando a humanização do cuidado. É uma atividade investigativa, que busca conhecer a realidade da família do doente, buscando intervenções que sejam capazes de modificar esse meio e trazer novo significado e sentido para viver com saúde.

A maioria das famílias atendidas pela ESF é de baixa renda e de estrutura familiar abalada pelo contexto social em que vive, na maioria dos casos não possuem conhecimento apropriado sobre a doença, as intervenções necessárias e o tipo de atuação que contribui para que a re-estruturação da saúde. Muitos fatores podem influir no ambiente familiar e contribuir para a continuidade da doença. Daí a importância do agente, que leva para âmbito familiar o conhecimento necessário de mudança da situação. O agente a partir das visitas diárias passa a ter um vínculo com a família e pode alterar de forma significativa a realidade daquela, tendo em vista utilizar-se de seu conhecimento e das técnicas e tecnologias que provocam significadamente uma mudança no ambiente.

Por outro lado, deve ser observada a questão da aceitação por parte das famílias, em que o agente necessita dessa abertura para poder atuar. Nesse estudo, observa-se pelas falas dos sujeitos que os agentes têm sido bem aceitos pela comunidade:

“comunidade aceita bem o agente, ele mora na comunidade”. (Sujeito 10)

“...bem aceito pela comunidade...” (Sujeito 8)

“...comunidade aceita bem o agente...” (Sujeito 3)

Ao ser aceito pela comunidade, o agente ao adentrar o ambiente familiar desenvolverá ações educativas, curativas e de consulta domiciliar. Essas orientações são diárias, podem ser criados grupos especiais de atendimentos a determinada patologia com orientações mais específicas e para a promoção de qualidade de vida. As informações são colocadas de “forma simplificada, aproximativas e respeitosas, preservando a autonomia do paciente e da família, levando em conta os objetivos pretendidos” (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, p. 649).

Assim, a atenção domiciliar é uma modalidade que envolve a atuação do agente operacionalizada por meio de visitas que contribuem nos casos dos doentes que estão com um quadro clínico estável. Essa atenção domiciliar deve ser acompanhada no sentido de promover a saúde do doente e interação entre a família e o agente. Esse trabalho é sistematizado para facilitar o controle das visitas e para verificação das mudanças, que podem ser diárias, semanais ou mensais de acordo com a necessidade de cada família. Desse modo, vê-se mais uma vez reforçada a importância da integralidade e da interdisciplinaridade para a formação profissional.

Categoria 3 – Influências da formação acadêmica, na atuação dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde.

O cenário da atuação profissional hoje ainda encontra-se repleto de profissionais de uma formação acadêmica no modelo tradicional, fragmentada em nível de assistência. De acordo com os dados coletados observa-se que a maioria dos sujeitos teve sua formação antes de 2006, ou seja, no período em que o PSF passou a ser ESF para reorganizar o modelo assistencial. Portanto, uma formação fragmentada, voltada para doença e não perfil epidemiológico, modo de assistir individualizado e não em equipe, centralizado no médico e não na equipe, um ator na equipe de saúde o agente comunitário que reside no território e um novo ator que é a participação da comunidade que é o controle social, que e diz de passagem é uma diretriz do SUS, confirmada a partir das falas dos sujeitos:

“4 anos atrás, e trabalha no PSF há três anos”.(Sujeito 1)

“Formei em 1977”. (Sujeito 9)

“Há 3 anos pela UFGO”. (Sujeito 8)

“UFGO há 20 anos”. (Sujeito 3)

“Formada há 7 anos, há 4 anos no PSF”. (Sujeito 2)

“Formada há 5 anos”. (Sujeito 11)

“3 anos”. (Sujeito 12).

Nesse sentido, Souza et al. (2006) corrobora que o processo de formação do enfermeiro no que concerne à sua prática profissional, revela que apesar das mudanças nos currículos, observando a exigência de um PPP, que deve estar centrado no modelo holístico, ou seja, no homem, os profissionais de saúde ainda não conseguem consolidar essas transformações na prática cotidiana, continuam a exercer suas ações cuidadoras de forma fragmentada e no modelo biomédico, ou seja, centrado na doença.

Diante disso, verifica-se que a formação profissional necessita ser repensada e os gestores educacionais provocados a perceber a importante tarefa de mudança que implica não apenas em modificações curriculares, outro sim, em mudanças no contexto da atuação, ou seja, na prática profissional. Isso posto, verifica-se que o profissional de saúde que já está atuando, deve ser moldado por meio da educação permanente, para que se possa mudar a realidade, pois não adianta formar profissionais dentro de um novo modelo sem que os demais já ingressados na prática não possam também atingir o mesmo nível de atuação.

As falas dos sujeitos nos mostram para a construção do SUS, que a formação ainda encontra-se voltada para os sinais e sintomas, uma ciência biológica e curativa:

“...o médico e o dentista acha que manda e não sabe nada, cada um com o seu conhecimento especializado”. (Sujeito 1)

“... doença instalada”. (Sujeito 5)

“... doença, especialização” (Sujeito 12)

“...formação curativa” (Sujeito 7)

*“Sinais e sintomas conforme for encaminhado... Conforme a doença...”
(Sujeito12)*

A política de saúde hoje vigente no País prega um modelo assistencial baseado na promoção, prevenção e habilitação. Para que a Estratégia Saúde da Família seja implantada com sucesso há uma necessidade de que as práticas curativas e individualistas sejam substituídas por um modo de assistir integral, resolutivo com a criação de vínculos para uma assistência mais humanizada e resolutiva.

O processo de trabalho envolve práticas que sejam reflexivas, através da identificação de problemas e a construção de possíveis soluções que permite a resolução ou a mudança dos fatores determinantes ou condicionantes do estado de saúde da população.

Segundo as autoras Mariana Peduzzi e Maria Helena Campone (2001, p. 23): “o modo de assistir integral com base na epidemiologia é um desafio para a enfermagem” por ser uma prática desafiadora, com novos atores que deverão ser participativos e que intervirão na prática do modo de assistir onde a conscientização do profissional e a receptividade têm de fazer parte do seu cotidiano para uma participação ampla no cuidar.

Hoje vivenciamos o processo de esgotamento do modelo tradicional de formação e capacitação de recursos humanos, ao tempo em que experimentamos, mesmo que rudimentarmente, novos processos em que se procura formar profissionais adequados às necessidades recentes. É preciso desenvolver estratégias para sensibilizar e mobilizar a construção de mudanças por caminhos de reflexão crítica ordenada e apropriada ao âmbito da saúde, em especial, a Saúde Pública, o SUS.

4.1-Análise documental

O currículo constitui um dos elementos centrais em torno do qual giram os debates sobre a escola e seu significado social, não é um elemento inocente mas expressa a formação do profissional de saúde com a produção de identidades individuais e sociais, daí a sua importância ao ser analisado.

As reformas curriculares nos cursos de graduação em enfermagem são consideradas estratégias para a construção de um currículo que atenda as leis de educação e a política vigente, e que tem uma abertura de liberdade para cada instituição de ensino formalizar o Projeto Político Pedagógico.

Os currículos fizeram diferentes opções em sua organização: uns pela organização de módulos, outros por conteúdos integrados, outros ainda, por áreas temáticas ou por unidades educacionais etc. Buscando deixar claro o perfil do profissional que querem formar, além do aspecto pedagógico onde observamos um discurso generalizado de mudanças

curriculares tendo como suporte a formação orientada pelo o SUS. Para transpor o conceito de saúde que não é apenas a ausência de doenças, mas a promoção e a prevenção das Diretrizes Curriculares que começam a direcionar o PPP de cada IES em comum com uma orientação nacional.

As referências e parâmetros contidos nas diretrizes curriculares para o Curso de Enfermagem podem auxiliar as escolas/faculdades/cursos para que, no exercício de sua autonomia, possam formular e organizar seus projetos pedagógicos, elegendo estratégias e diferentes modos de fazer, articulado, ao mesmo tempo, às demandas políticas e sociais da sociedade brasileira com as necessidades e interesses locais.

Art. 20. Esta resolução entra em vigor nesta data, revogando-se as disposições em contrário. Goiânia, 3 de julho de 2007 (ANEXO II)

Curso: Enfermagem e Obstetrícia-Especialidade : Bacharel
Vigência: A partir de 2006/2 (ANEXO V)

Escola de enfermagem "Florence Nightingale"- Plano de Curso Aprovado
Resolução nº39/ 16/10/2006 (ANEXO VII)

O profissional de saúde que desenvolve o processo de construção do SUS teve a sua formação anterior a essas mudanças curriculares.

"4 anos atrás, e trabalha no PSF há três anos".(Sujeito 1)

"Formei em 1977". (Sujeito 9)

"Há 3 anos pela UFGO". (Sujeito 8)

"UFGO há 20 anos". (Sujeito 3)

"Formada há 7 anos, há 4 anos no PSF". (Sujeito 2)

"Formada há 5 anos". (Sujeito 11)

"3 anos". (Sujeito 12).

As autoras Silva e Sena (2008), refere ao currículo que não é um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social disponível, mas existem implicações com relações de poder, transmite visões sociais particulares e interessadas estando dessa forma envolvido com a produção de identidades individuais e sociais. Sendo assim, inclusive na enfermagem, têm uma história que o vincula as formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação, e para atender a essa história, as falas dos sujeitos nos revelam que sua formação esta voltada para o profissional enfermeiro que valoriza as especializações na graduação e a busca de uma maior intelectualização do saber administrativo.

As DCNs apontam para uma formação do profissional enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Generalistas são profissionais que devem incorporar, o saber epidemiológico, de educação em saúde, de trabalho em grupo, de gestão e conhecimentos, sobre risco e vulnerabilidade que os ajudem na articulação de projetos de intervenção individual e coletiva. Encontramos apontamento que nos leva a identificar a vontade de atender a esse perfil:

§ 2º Enfermeiro generalista é aquele que, considerando a integralidade do ser humano, articula a especificidade com a globalidade do conhecimento, a saúde individual com a coletiva e a inter e a multidisciplinaridade.

Introdução à Enfermagem
Metodologia Científica-
Anatomia Humana (ANEXO II)

Módulo I Rompendo a Cadeia de Transmissão de doenças
Enfermagem nas afecções que acometem o aparelho cardiovascular I e II
Módulo III Assistência Integral a Enfermagem a saúde da Mulher,
Criança e adolescente.(ANEXO VII)

Aliada a essa constatação verificamos, que a supervalorização atribuída aos conhecimentos referentes às ciências biológicas, fornecendo pouco material para melhor os conhecimentos das ciências sociais e humanas; a consciência da realidade, seus pontos críticos e a demanda caracteriza a prática para uma formação reflexiva num cenário diversificado com competência num palco multi e interdisciplinar na integralidade do ser individual e coletivo no território e intersetorial com uma integração e interação com a equipe multiprofissional. Os componentes curriculares das IES têm a liberdade no seu conteúdo na tentativa de abranger esse profissional competente com prática reflexiva com resolutividade.

Art. 5º O curso de graduação em Enfermagem - Modalidade Específico da Profissão propiciará aos alunos experiências de aprendizagem para desenvolver as seguintes competências e habilidades:

- I-reconhecer que o ser humano está em constante interação com outras pessoas e com o ambiente e que apresenta diferentes dimensões, expressões e fases evolutivas;
- II. ser autônomo, crítico, criativo e solidário no exercício da aprendizagem e do trabalho, interrogando-se sobre o *por quê*, o *para que*, os *limites*, os *fins* ação em saúde e as *necessidades* dos usuários do sistema de saúde;
- III. reconhecer seu papel social enquanto trabalhador de saúde tendo em vista a integralidade, universalidade, equidade, resolubilidade e humanização do trabalho gerencial e assistencial;
- IV. reconhecer-se como agente das práticas em saúde, considerando que elas expressam as articulações entre múltiplos atores, valores, saberes e poderes(ANEXO II)

A Universidade e o Curso de Enfermagem
Ser Humano, Sociedade, Enfermagem
Atividade Integradora I (ANEXO V)

UNIDADE TEMÁTICA: Programa do SUS: PSF, PACS, Programa Nacional

de Imunização (ANEXO VII)

Nota-se que a inserção de conteúdos programáticos que versam sobre a organização do Sistema de Saúde no Brasil e o processo de mudança no contexto organizacional no Serviço de Saúde, que tem como preocupação estabelecer uma política de estudo com o clima e a cultura que esta inserida, para que haja uma melhora no modelo de atenção à saúde, conforme abaixo.

Módulo IV - Participação do Processo de Organização em Unidades de Saúde (ANEXO VII)

Educação em Saúde Enfermagem
Vigilância à Saúde I (ANEXO II)

Atividade Integradora I
Promoção da Saúde I
Metodologia do Cuidar
Promoção da Saúde (ANEXO V)

Módulo IV - Participação do Processo de Organização em Unidades de Saúde (ANEXO VII)

Quanto à organização, o Sistema Único de Saúde se encontra amparado pelos seguintes princípios: Regionalização e Hierarquização, os quais estabelecem que os serviços de saúde devam ter padrões de complexidade tecnológica crescente e disposta numa área geográfica delimitada; Resolubilidade, que prevê a capacidade dos serviços em resolver os problemas até o nível de sua competência; Descentralização, que parte da idéia que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto; Participação dos Cidadãos, que garante a inclusão da população na formulação das políticas de saúde.

Diante deste estudo, observa-se que as disciplinas que enfocam os seus conteúdos programáticos, os seus princípios e as suas diretrizes, mostram que os professores estão atentos primeiramente ao atendimento de suas particularidades da política proposta para ter um resultado propício.

§ 1º O profissional qualificado para o exercício de Enfermagem deverá ser capaz de diagnosticar, planejar, gerenciar e intervir nos problemas e/ou situações de saúde-doença, considerando o perfil epidemiológico nacional e regional; atuar, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde do indivíduo, de grupos, da família e da comunidade (ANEXO II)

Atividade Integradora
Ser humano, Sociedade, Enfermagem
Promoção da Saúde
Metodologia do Cuidar (ANEXO V)

Há uma mudança no agir (prática) e também nos currículos para reorganizar o modo de assistir, tentando superar o discurso teórico do currículo e voltando para uma atuação tanto na docência assistencial como para o enfermeiro assistencial com vista ao processo de construção do SUS.

A formação focada na dimensão técnica, em resposta às exigências do mercado tem formado profissionais que por algum motivo deixam a desejar em sua carreira, sendo às vezes passivos e dependentes das exigências que mercado de trabalho exige. Contudo, vemos que o desenvolvimento das atividades, na sua prática fica entendido como sistematização dos conteúdos abordados em sala de aula e que revelam o caráter conteudista, do processo de ensino.

Metodologia da Assist. de Enfermagem
Educação em Saúde
Vigilância à Saúde I
Fisiologia e Biofísica (ANEXO II)

B. Morf. e Processo de Agravos do Ser Humano
Metodologia do Cuidar(ANEXO V)

Segundo alguns estudiosos, a abordagem pedagógica tradicional instalou-se nos processos de ensino, que permanecem até os dias atuais, onde a via de ensino centrado está em situações práticas de trabalho profissional, as quais exigem que a participação ativa dos alunos em disciplinas teórico-práticas e também em campos de estágios em instituições predominantemente hospitalares. Contudo fica a desejar o conhecimento deste profissional nas sociedades que o programa da saúde familiar assiste, porque não esta sendo atendida em sua totalidade dentro da grade, onde se lê atividade integradora e promoção da saúde, possivelmente por falta de uma parceria mais ampla com o município ao qual fazemos parte.

Art. 9º Na Modalidade Específico da Profissão, além dos conteúdos teóricos e práticos, o aluno deverá realizar Estágio Curricular Supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde, comunidade e instituições de ensino profissional na área de saúde nos dois últimos períodos do curso, com carga horária mínima de 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso de graduação em Enfermagem (ANEXO II).

A escolha e definição dos conteúdos das disciplinas a serem discutidos em sala de aula, a princípio, são definidas pelo professor, uma vez que a ele cabe a preparação de alunos, considerando suas características de origem social, vivenciando no meio cultural determinado, com certas disposições e preparo para enfrentar o estudo.

Compartilhando na construção de uma abordagem com atenção à saúde exercida de forma contínua, integral e estabelecendo vínculos nas relações interpessoais, requerendo

dos participantes deste processo um trabalho articulado e aberto para mudanças de atitudes, valores, habilidades e troca de conhecimentos por parte dos docentes, estudantes e dos profissionais de saúde envolvidos com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Ao analisarmos os currículos notamos que existe esforços com que se pretende atender as Diretrizes Curriculares Nacionais para a construção do SUS. Os profissionais que estão desenvolvendo o processo de trabalho nas unidades tiveram a sua formação anterior, como nos mostra as falas do sujeito.

“Há 3 anos pela UFGO”. (Sujeito 8)

“UFGO há 20 anos”. (Sujeito 3)

“Formada há 7 anos, há 4 anos no PSF”. (Sujeito 2)

“Formada há 5 anos”. (Sujeito 11)

Esses profissionais tiveram uma formação individual, conteúdo fragmentado, baseado na ciência médica, o objeto é biológico, uma formação curativa baseada nos sinais e sintomas:

Em 1962, fixou o currículo mínimo de enfermagem, determinando sua duração em três anos para o curso geral, que incluía as disciplinas de Fundamentos de Enfermagem, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Enfermagem Pediátrica, Ética e História da Enfermagem e Administração. Este currículo trouxe mudanças consideráveis no processo de trabalho da Enfermagem que passou a atuar em clínicas especializadas de caráter curativo, forçando o aparelho formador a adotar mudanças em suas abordagens pedagógicas, antes completamente tradicionais. O currículo preconizava o ensino das ciências físicas e biológicas, e o tecnicismo passou a ser a palavra de ordem (ALMEDA, 2005).

Grade Curricular e Requerimento de Matrícula do Curso de Enfermagem –
Vigência a partir de 1997/2
Enfermagem Médica
Enfermagem em Doenças Transmissíveis
Saúde Mental e Saúde da Mulher (ANEXO V)

E, são eles que estão presentes no campo da prática para receber, orientar e acompanhar o alunato no desenvolver de suas habilidades dentro de uma nova concepção, onde a ciência é a epidemiologia, o indivíduo é a família inserida na comunidade, ação de promoção e prevenção no processo saúde doença, baseado na interdisciplinaridade e intersetorialidade com resolutividade.

Promover a saúde integral do ser humano é uma condição de trabalho holístico articulando ações de prevenção. Cuidado integral é a intervenção no processo saúde-doença onde a diversidade de cenário é fator predominante para o desenrolar das atividade e compreensão do assistir integral. Encontramos vestígios nos currículos para a formação

holística do profissional; vestígios de cuidado integral e processo saúde-doença são verificados nos currículos analisados, identificando esforços propostos nos três currículos, mas que precisam ser atributos desenvolvidos nos profissionais e também na coletividade.

Enfermagem em Saúde Coletiva
Vigilância à Saúde I
Estágio Curricular Supervisionado (ANEXO II)

Fundamentando o Processo Saúde - doença (ANEXO VII)

Atividade Integradora
Ser humano, Sociedade, Enfermagem
Promoção da Saúde (ANEXO V)

O perfil do profissional de saúde, enfermeiro, solicitado pelas diretrizes:

Diretrizes Curriculares Nacionais no Art. 3º que diz respeito ao perfil do formando, egresso/profissional: Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes.

Tem sido um desafio para os gestores da política de saúde como para os gestores da IES implementar nos currículos a interdisciplinaridade e o desenvolver da assistência em equipe. Desafio que necessita ter início na academia, na organização dos seus currículos de modo diferenciado demonstrado no perfil do profissional que atenda o modo de assistir na atenção básica.

Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006 – “[...] que tem como fundamentos Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, Confirmando e reafirmando os princípios do SUS: “Universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade” (BRASIL, 2006b, p. 11).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008) [...] os princípios fundamentais da Atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade.

Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2008, p.13).

Nessa pesquisa buscou-se encontrar subsídios que apontem mudanças na formação do profissional para atender a política vigente, verifica-se que os currículos de forma gradativa tem executado na produção do conhecimento e, mostra que ainda é um desafio em conjunto com gestores, discentes e docentes, a formação de um profissional generalista, humanista,

crítico e reflexivo para a possibilidade de construir um processo de mudança e a sustentação do processo ensino aprendizagem e serviço.

5. TECENDO POSSIBILIDADES

Hoje a discussão sobre formação de profissionais para a saúde, como estabelecida na Constituição Brasileira – um direito do cidadão – ultrapassou a barreira do debate governamental, quando ao tentar implantar uma política ou novo programa deparava-se com uma dificuldade de formação das pessoas mais do que disposição à adesão aos princípios do SUS. Felizmente, este debate encontrou eco nas universidades e nos próprios intelectuais, existentes nos serviços, pois foram anos de trabalho com educação continuada e em serviço, até que as escolas de saúde pública passaram a ser realidade em vários estados e municípios.

Nossa pesquisa mostra que a atuação do enfermeiro na atenção básica busca a construção do Sistema Único de Saúde, mesmo que sua formação profissional na IES não atenda à política de saúde, que é aquilo que estamos verificando, a Estratégia Saúde da Família. A aprendizagem por meio, exclusivo, de técnicas refletindo a Sistematização da Assistência de Enfermagem parecem perder a dimensão humana que existe da atuação profissional.

Segundo a autora GABRIELLI, (2004) um dos pontos altos a serem referidos nos cursos de enfermagem devia ser “promover a saúde, prevenir a doença e prestar assistência de enfermagem integral ao adulto com problemas de saúde”. Por um lado, os enfermeiros sentem-se preparados pela graduação para atuarem utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mas por outro, não conseguem demonstrar competência e desempenho em sua atuação profissional.

Segundo o que preconiza o Pró-Saúde, o ideal seria que as instituições incorporassem em sua missão institucional a formação integral para os profissionais de saúde, com diretrizes curriculares capazes de formar competências para o cotidiano de atuação, o qual parece que a graduação deixa a desejar, tendo em vista que, a preparação oferecida não alcança o resultado esperado, isso demonstra que não tem formado profissionais capacitados nesse sentido. Assim, a formação profissional tem permanecido alheia a organização da gestão e sistema de cuidado. Perceptível que tem sido falha e não tem proporcionado a formação necessária para uma atuação mais específica e concreta. Com isso, muitos profissionais sentem-se preparados pela graduação para atuarem com segurança, utilizando a sistematização aprendida, contudo, não conseguem demonstrar competência e desempenho em sua atuação

dentro de uma visão de sujeito e não indivíduo biológico, onde a necessidade desse usuário é o que precisa ser respondida, mesmo que não pareça “doença”.

Segundo a autora GABRIELLI, (2004) é preciso:

[...] uma formação sólida, que possibilite ao enfermeiro o domínio de conhecimentos científicos e técnicos que, quando mobilizados, lhe dêem competência para assistir/intervir, administrar/gerenciar, ensinar/educar e investigar, sem abrir mão de nenhum desses processos, entendendo que todos são indispensáveis e um ‘cuidar’ com qualidade”.

Ressaltamos que para a área da saúde, entretanto, a formação não apenas gera profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor. O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde. A área da saúde requer educação permanente, e que desde o início da formação profissional, sejam incluídos conteúdos, trabalhos de forma contextualizada à prática do enfermeiro, que possam fornecer subsídios para um desempenho consistente desse profissional no processo de ensinar/educar.

Segundo a autora GABRIELLI, (2004):

[...] a formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

Fica explícita a necessidade da formação de um profissional crítico, reflexivo, capaz de atuar e promover mudanças na realidade presente, construindo no contexto do indivíduo, pesquisa ou extensão para a aprendizagem.

Diretrizes Curriculares Nacionais no Art. 3º que diz respeito ao perfil do formando, egresso/profissional: Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes.

Vale lembrar que, no Brasil o ensino de enfermagem passou por diversas mudanças que refletiram no contexto histórico da enfermagem e da sociedade brasileira, de acordo com a necessidade de cada época, para a construção de um ensino engajado a realidade. Sua sistematização deu-se a partir do Decreto-Lei nº. 16300/23 em 1923, mediante a organização do Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), na época dirigida por Carlos Chagas, denominada Escola Anna Nery (ITO et al., 2005).

No âmbito da Saúde Pública, o novo ensino sistematizado teve o propósito de formar profissionais para melhorar o saneamento urbano e comércio internacional na época ameaçado por epidemias.

Assim, a enfermagem no Brasil nasceu atrelada a um modelo hospitalar de atenção individual curativa, e não para a saúde pública. No início os currículos compreendiam disciplinas voltadas para o modelo médico hospitalar centrado no pólo indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar. Nos anos 80, novas propostas foram implantadas, com intuito de melhorar a organização do sistema, utilizando-se de princípios norteadores de políticas no setor saúde, quais sejam a equidade, integralidade e universalidade para a formação profissional em níveis de atenção à saúde. Após longa data, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) oficializa a portaria nº. 1721/94, com formação acadêmica em quatro áreas: assistência, gerência, ensino e pesquisa. Logo após, com a LDBEN, Lei nº. 9394/96, que previa para a educação mudanças e re-estruturação dos cursos de graduação, com adoção de currículos específicos para cada curso. As diretrizes curriculares denotam o objetivo de dotar o profissional de conhecimentos específicos para construir habilidades gerais tais como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (ITO et al., 2005).

Desse modo, percebe-se que a formação acadêmica tem tomado um rumo que visa promover sempre o conhecimento necessário e viável a demanda de um país que se encontra em desenvolvimento e conseqüentemente, em transição e mudanças constantes. O desafio da enfermagem é formar profissionais conscientes e capacitados dentro de sua escolha pessoal que seja capaz de comprometer-se com a sociedade e o exercício da cidadania, o que até o presente momento, é reconhecido como utopia.

De acordo com Feuerwerker e Sena (1999 apud CAMPOS et al., 2001):

A construção de um novo modelo pedagógico deve ter como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, como princípios que devam nortear o movimento de mudança, que deve estar sustentado na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da

aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento.

Nesse contexto, a simples inovação das diretrizes curriculares não é suficiente para transformar a realidade presente, é preciso mudar a visão docente em relação ao papel da universidade nesse contexto, e somente a partir dessa consciência podem ocorrer transformações. Vale lembrar que essa busca impõe a reorganização do modo de assistir por meio do conhecimento da comunidade e estabelecimento de prioridades para formação de vínculos.

A Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOBARH - SUS) impõe a qualidade da atenção à saúde relacionada com a formação de pessoal específica, em que o profissional de saúde deve possuir domínio tanto de tecnologias para a atenção individual quanto para a coletiva. Exige-se ainda o comprometimento das instituições de ensino com o SUS e com o projeto technoassistencial definido nas Leis Orgânica da Saúde (LOS: Lei 8.080\90 e 8.142\90).

O artigo 4º da Resolução CNE/CES nº. 3, de 7 de setembro de 2001 (Pró-Saúde), elenca as competências e habilidades gerais para o profissional de enfermagem, quais sejam:

Art. 4º

[...]

I – Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II – Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III – Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV – Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo

em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V – Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI – Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

O Pró-Saúde apresenta a formação de uma prática integrada ao sistema de saúde, a qual o profissional deve estar apto a desenvolver seus serviços com qualidade e responsabilidade, analisando os problemas da sociedade buscando soluções tanto em nível individual como coletivo. Bem como, capacidade para a tomada de decisões com atitudes adequadas dentro do contexto de sua atuação com base em evidências científicas. Quanto à habilidade de comunicação, esta envolve uma postura profissional de adesão a certos parâmetros de conduta pessoal de interação com os outros profissionais e com a coletividade. Para uma atuação consciente e próspera, o profissional precisa ainda de capacidade para assumir lideranças, administrar e gerenciar, o que envolve dentre outras prerrogativas, grande responsabilidade.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a realidade social deve ser apresentada tanto pelo SUS quanto pelas IES, com o papel de constatar a realidade e produzir sentidos para atuação em saúde participativa envolvendo gestores, formadores, usuários e estudantes. Enfatiza a formação profissional integralizando serviço/ensino/gestão/controle social para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira.

Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente (art. 6º, § 2º, da Res. nº. 3/2001).

A instituição formadora a partir das diretrizes curriculares deve desenvolver as habilidades e competências destinadas a uma atuação completa do profissional de saúde, tendo em vista que no âmbito de sua atividade cotidiana depara-se com situações diversas que invoca

tomada de decisões e outras aptidões que devem ser construídas durante o curso de formação profissional.

Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem (art. 7º, da Res. nº. 3/2001).

Nesse sentido, vê-se reforçada a importância de articular a teoria com a prática. A missão dos educadores compreende o desenvolvimento de estratégias de ensino e aprendizagem em um meio ambiente adequado capaz de conceber no aluno a formação de suas potencialidades cognitivas, integradas com habilidades técnicas, emocionais, éticas e políticas.

O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região (art. 10, § 2º, da Res. nº. 3/2001).

Não se deve admitir uma formação profissional alheia à organização da gestão e sistema de cuidado. Perceptível que a formação profissional tem sido falha e não tem proporcionado a formação necessária para uma atuação mais específica e concreta. A formação profissional deve capacitar no sentido de ser mobilizada para assistir/intervir, administrar/gerenciar, ensinar/educar e investigar, entendendo que todos esses processos são indispensáveis a um ‘cuidar’ com qualidade”.

Por outro lado, é preciso verificar a importância da participação da comunidade nessa equipe, definindo e ajudando a definir a assistência, o modo de assistir, na gestão e apresentando a realidade ou a necessidade da comunidade, desenhando um perfil epidemiológico local, abrangendo assim o princípio do território. Não obstante, o modo de assistir em enfermagem é o cuidar que hoje atende o princípio da universalidade, ou seja, todos têm direito a saúde (art. 196 da CF/88). Assim, o cuidar abrange a realidade da comunidade, não é voltado apenas para a doença, sinais e sintomas. Daí a importância de uma formação profissional desvinculada do ensino fragmentado para receber uma formação integral com uma assistência em atenção básica que é a proposta dos gestores para a construção e fortalecimento do SUS, tendo a Saúde da Família como estratégia na reorganização do modelo assistencial.

Urge uma atuação profissional na saúde não mais isolada, mas por meio de uma equipe integralizada. Falta, no entanto, a construção de mecanismos que proponham à decisão

do trabalho, a organização, a gestão dentro do âmbito da interdisciplinaridade de modo horizontal e em equipe. Isso somente é possível com a integralidade que é o princípio do SUS, no modo de assistir ligada à gestão de saúde.

O Ministério da Saúde divulga que a Estratégia Saúde da Família tem a função de desenvolver ações básicas de saúde e reorganizar o modelo assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Considerando como estratégias:

1. A reorientação da formação profissional em saúde;
2. A resolutividade e qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial;
3. Possibilitar a avaliação crítica do processo de saúde e doença e redirecionar protocolos e intervenções;
4. Estabelecimento de boas práticas para desenvolvimento de habilidades de gestão, controle e tomada de decisões;
5. Estimular a formação de redes de cooperação técnica;

Contudo, para desenvolver essas ações, deve-se unir a equipe num trabalho interdisciplinar e integral de variadas áreas técnicas e com profissionais de diferentes formações para que possam atuar no âmbito da saúde da família. Isso é possível a partir de uma parceria operacionalizada das instituições como o SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais, para providenciar a orientação numa perspectiva de multiprofissionalidade e transdisciplinaridade. Desse modo, seria possível a qualificação em torno de temas, tais como: ampliação da clínica, trabalho em equipes multiprofissionais e transdisciplinaridade, metodologia atuais de ensino - aprendizagem e metodologia de avaliação da educação permanente.

5.1 - O Contexto de Anápolis e as Políticas de Saúde

No Estado de Goiás, o objeto de estudo neste trabalho foi o Município de Anápolis, situa-se no planalto central do Brasil, na região central do estado de Goiás, entre os paralelos 16°07' e 16°29'S e meridianos 48°45' e 49°11'W de Greenwich, com altitudes entre 800 e 1160 metros acima do nível do mar.

Situa-se no eixo Goiânia – Brasília, fazendo limites com os estados do Tocantins, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Bahia. Fica a 140 km de Brasília (DF) e 54 km de Goiânia, capital do estado de Goiás.

O município possui uma área de 917,011km², representando 0,27% da área do Estado de Goiás, encontra-se inserido na mesoregião Centro Oeste Goiano e microregião Anápolis.

De acordo com censos e estimativa do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE censo de 2000 possuía 288.055 habitantes, de acordo estimativa de 2007 possui 321.157 habitantes.

O Distrito Agro-Industrial de Anápolis (DAIA), o Porto Seco – Estação Aduaneira Interior (para o desembarço alfandegário de mercadorias) e a Base Aérea de Anápolis (BAAN), são representantes concretos do desenvolvimento do município, que é a segunda maior cidade do Estado. Um pólo industrial conhecido por capital econômica do Estado, além de ser um dos principais centros de comercialização de grãos, de produtos hortifrutigranjeiros, pólo de comércio atacadista, farmacêutico e universitário.

A Estratégia de Saúde da Família foi Institucionalizada pelo Ministério da Saúde em 1994 com o objetivo de substituir o modelo tradicional de assistência à saúde, trabalhando dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência.

O Estado de Goiás implantou esta Estratégia em 1998 e hoje possui 967 equipes distribuídas em 245 dos municípios, atingindo uma cobertura populacional de 61,3%.

Em Anápolis, segundo Almeida, Machado e Torquato (2007), a idealização da ESF iniciou-se em 1999. O projeto Piloto foi implantado pelo então Secretário Estadual da Saúde, Dr. Henrique Santillo. Três equipes com propostas similares ao "Programa Saúde da Família" coordenadas pela Secretaria Estadual da Saúde atuaram nos seguintes bairros periféricos de Anápolis: Recanto do Sol (Parque Residencial das Flores e Vila Norte), Jandaia (Adriana Parque) e Bairro Novo Paraíso. Essa primeira experiência mostrou a viabilidade dessa nova ideia no Município. Porém, posteriormente, estas equipes foram extintas, pois dentro das normas Federais a gestão do ESF deveria ser municipal.

As primeiras equipes foram iniciadas em pontos estratégicos, onde a população vivia em situações precárias, área vulneráveis, de invasões e de riscos. Em novembro de 2001, foram implantadas mais cinco equipes, totalizando 12 equipes no final do ano 2002.

Cada equipe de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por um Médico Generalista (com conhecimento de clínica geral), um Enfermeiro, um Auxiliar de Enfermagem

e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde. Também compõe a Unidade Saúde da Família a Equipe Saúde Bucal, algumas podem ser de modalidade I com um Odontólogo, um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou de modalidade II, que é acrescida de um Técnico de Higiene Dental (THD).

É uma estratégia nova, nascida há pouco tempo, em que tanto o gestor municipal como os das outras esferas do governo são formados no modelo assistencial tradicional. Estratégia é a definição básica de antecipar-se aos possíveis barreiras que possam surgir quando se planeja mudar a situação atual impondo a situação objetivo, ou seja, mudar a realidade de um contexto.

Em 2004 inicia-se uma rápida expansão no número de equipes que hoje somam o total 45, compostas por 41 médicos(as), 45 enfermeiros(as), 196 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 34 equipes de saúde bucal, no momento da pesquisa, perfazendo uma cobertura de 49% da população

A Prefeitura Municipal de Anápolis junto à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano Sustentável elaboraram a denominada Agenda 21, a qual é entendida como o “compromisso da sociedade em termos da escolha de cenários futuros” para planejamento e gestão de cidades sustentáveis. Trata-se de uma proposta para a execução realista e exequível de desenvolvimento sustentável, levando em consideração as dificuldades econômicas, político-institucionais e culturais de cada município. Nesse sentido, foram consideradas seis (6) áreas temáticas definidas em debates públicos, a saber: Educação, Saúde, Segurança, Cultura e Turismo; Infra-Estrutura e Integração Regional; Agricultura Sustentável; Gestão de Recursos Naturais, Cidade Sustentável e Ciência, Tecnologia e Inovação. Para cada tema o documento é organizado da seguinte forma: Base conceitual de sustentabilidade para o tema; Entraves à sustentabilidade; Objetivos; Ações e recomendações; Meios de implementação (co-responsabilidades); e, Prazos de execução. No que tange à saúde, o Município conta com a Secretaria Municipal de Saúde, que é um órgão da administração municipal que tem como atribuições básicas planejar, orientar, coordenar e executar as ações e políticas de saúde, e tem como finalidade a promoção da qualidade de vida da população (BRASIL, 2007b).

Atualmente a secretaria desenvolve ações descentralizadas de: educação sanitária, nutrição adequada, saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, saúde do idoso, imunização, saúde bucal, apoio ao deficiente físico, controle do diabetes, controle da hipertensão arterial, saúde escolar, atendimento em tuberculose e hanseníase, atendimento em DST/AIDS, banco de leite, controle de zoonoses, atendimento ambulatorial e hospitalar,

fornecimento de medicamentos essenciais, exames laboratoriais e de imagem. Estes serviços são desenvolvidos por equipe de multiprofissional (BRASIL, 2007b, p. 22).

A saúde em Anápolis é, atualmente, assistida por 18 hospitais, 1.838 leitos e 128 unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007, p. 23), com essa capacidade necessita apenas de políticas públicas associadas a uma formação profissional adequada para melhoria na qualidade do atendimento no âmbito da Atenção Básica.

De acordo com Campos; Aguiar; Oliveira (2002) o Programa Saúde da Família necessita, para alcançar seu objetivo de substituição do modelo assistencial brasileiro uma inserção mais firme nos grandes e pequenos municípios, para que ocorra a discussão e a elaboração de Projeto de Interiorização do Trabalho em Saúde, principalmente, no meio acadêmico com a capacitação e produção de educação permanente, por meio de mudanças curriculares para que os cursos de graduação sejam adequados a realidade do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas diversas escolas de graduação em saúde por todo país, vem se discutindo a implementação de um Projeto Político Pedagógico para a profissionalização com uso de oficinas de trabalho, envolvendo docentes, discentes, profissionais da assistência, entre outros atores, com o intuito de provocar mudanças efetivas no ensino de enfermagem no Brasil a partir da implantação de uma nova estrutura curricular. Desse modo, hoje muitos PPP's de enfermagem, tem sido baseados em novas diretrizes curriculares, adotadas em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº. 9.394/96, que proporcionam mudanças no processo de formação do enfermeiro, de modo que a ênfase que se encontrava centrada no modelo biomédico, caracterizado pelo estudo da doença, aprendizagem e reprodução de técnicas e tarefas, passa a estar centrada em um modelo holístico, humanizado e contextualizado, formando profissionais críticos, criativos e éticos para atuar na prática profissional.

Assim, verifica-se que é preciso que o indicativo das novas diretrizes curriculares possibilite essa mudança no contexto da enfermagem, para a formação de profissionais sinceramente incomodados com as reais necessidades da clientela. Tendo em vista que, o enfermeiro deve ser agente promovedor e defensor de saúde para todos, totalmente comprometido com sua profissão, e capaz de incorporar em seus conhecimentos da academia à realidade prática vivenciada em sua atuação, sempre procurando estabelecer um elo constante com essa, com interesse em aperfeiçoar seus conhecimentos práticos em benefício da coletividade.

Todas as tentativas para apresentar um quadro de saúde da população brasileira configuram um grande desafio, que acaba por se tornar uma tarefa sempre incompleta, isso ocorre devido às próprias questões conceituais que envolvem a temática, mesmo porque há constante mudança na disponibilidade e qualidade dos dados existentes.

Nesse estudo foram analisadas as possibilidades de implantação de um novo modelo curricular para a formação profissional no âmbito da Saúde Pública, mais especificamente, na Atenção Básica.

Este estudo não pretende esgotar a discussão da temática, tampouco ser o indicativo para a que as instituições de ensino superior possam alcançar as mudanças necessárias, mas apenas a discussão para que possa despertar mudanças de paradigmas e relembrar os desafios que se envolvem a formação profissional no contexto da saúde,

principalmente, para a formação de profissionais comprometidos com a realidade encontrada no âmbito do SUS.

Constatou-se, nos currículos estudados, a presença maior de temas voltados para o modelo tradicional de ensino. Percebe-se que a implantação de novos currículos nas IES é recente a ponto de não provocar mudanças significativas na prática que deve estar voltado para a Atenção Básica, até porque a implantação das estratégias da política pública para o acesso à saúde, em Goiás, principalmente em Anápolis é recente e frágil. Estas situações são interdependentes: a implantação de políticas se faz necessário para campo de estágio na formação do profissional.

Diante de todo o exposto, a pesquisa encontrou o que poderíamos chamar de consciência social de mudança para uma formação profissional mais adequada ao SUS, buscando atender aos problemas coletivos, o que exige um esforço crítico e reflexivo por parte de cada profissional, tanto do que está se formando, quanto daquele que já está inserido nas ESF, para que se possa haver a ruptura do modelo tradicional para um novo modelo dentro da integralidade, para possibilitar a consciência crítica verdadeira.

No âmbito da UniEVANGÉLICA pode-se afirmar que atualmente no contexto dos cursos da área de saúde tem-se desenvolvido atividades práticas ligadas aos laboratórios da área básica, ciclo clínico com práticas em instalações assistenciais universitárias. E o ideal seria desenvolver atividades em unidades do SUS, atividades clínicas em atenção básica da rede SUS, ou em serviços das IES. Utilizando-se de serviços próprios complementares integrados ao SUS, sem central de consultas ou internações próprias das IES. Este tipo de proposta seria o diferencial da UniEVANGÉLICA como formadora para o SUS no Centro Oeste, preparando profissionais para atuarem nesse âmbito, ampliando a prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde.

Uma grande dificuldade encontrada - ainda não superada - em Anápolis é a deficiência de campos de estágio públicos e na Atenção Básica para formação dos profissionais. Porém, a Universidade encontra-se em um momento ímpar com o início do curso de Medicina e tendo já os cursos de Enfermagem e Odontologia, Farmácia e Fisioterapia. Os três primeiros são os pilares das Estratégias na Saúde da Família e os dois últimos fundamentais para o setor saúde.

É neste momento que ousamos propor uma integração maior entre cursos e currículos para superar a rigidez de disciplinas e construir um currículo multi e interdisciplinar, que proporcione uma visão de atenção integral da qual necessita o sujeito que busca ajuda, na saúde, para problemas que o adocece em território. E também uma maior integração

Universidade e campo de estágio (SMS) na construção de possibilidades que podem ir além da formação, mas utilizar as possibilidades apresentadas pelos Ministérios envolvidos (Educação e saúde) para melhora dos campos de estágios que devem estar mais próximos à realidade do SUS.

A proposta envolve ações como:

- Assumir um distrito sanitário em Anápolis como campo de estágio da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Farmácia);
- Implantar uma co-coordenação de estágios com a função de agrupar todos as categorias-alunos para estudos sobre saúde pública e programas de Atenção Básica, para incorporar funcionários, e participar do conselho local e estimular a aprendizagem do aluno sobre o SUS;
- Assumir os serviços dada a contrapartida de melhorá-los para inserir alunos e ter profissionais, além do professor, assistenciais para atender as necessidades de formação;
- Criação de um programa multidisciplinar de fato que desenvolva no formando:
 - 1) atuação profissional, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
 - 2) capacidade de incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
 - 3) novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
 - 4) formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
 - 5) compreensão da política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
 - 6) reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - 7) capacidade de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
 - 8) atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

9) responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;

10) assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde;

11) estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

12) usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;

13) atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;

14) identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;

E para a enfermagem, especificamente:

1) prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;

2) compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;

3) integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;

4) gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;

5) planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;

6) planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;

7) desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

8) interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;

10) utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;

- 11) participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- 12) assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde; reconhecendo o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAÃO, Ana Lúcia. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, UFF, Rio de Janeiro, v. 03, n.1, p. 01-03, jan-jun, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.

ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA M., (org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ALMEIDA, C. **O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres?** Ciência saúde coletiva, 8 (2); 2003.

ALMEIDA, M. J., et al. **Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação da diretrizes curriculares nacionais**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Paraná. Noprelo, 2005.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Salvador-BA, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ANDRADE, Andréia de Carvalho. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, n. 60, v.16, p. 96-98, jan-fev, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a18v60n1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.

APPOLINARIO, Fabio. **Dicionário de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2004.

ARAÚJO, M. de F. S. de. **O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade**. São Paulo: Cortez, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). **Documento final da Reunião Nacional de Cursos e Escolas de Graduação em Enfermagem**. Florianópolis: ABEn, Seção – SC; 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS**, proposta relacionada à Qualificação

Profissional Básica do ACS. **Portal ABEn., 2008.** Disponível em: <www.abennacional.org.br/download/Consideracoes_ABEn_Consulta_Publica_ACS.Qualificacao.doc>. Acesso em: 10 dez. 2008.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde.** v.1. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e prática de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, 2001.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O direito à saúde no Brasil: Sobre como chegamos ao Sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: VENÂNCIO, Joaquim. **Escola Politécnica de Saúde: Textos de apoio em políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes, **Saúde e previdência: estudos de política social.** São Paulo: Cebes; Hucitec; 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde.** Lei 8080 de 28 de setembro de 1990. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. Aprova as Normas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família. Portaria/ GM 1886 de 18 de dezembro de 1997. Brasília, 1997b.

_____. **Constituição Federativa do Brasil.** 5.ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. A Implantação da USF. **Cadernos de Atenção Básica.** – PSF. Brasília, 2000b

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família.** Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **PNDU. Promoção da Saúde: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundvall, Declaração de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Mega Países, Declaração do México,** 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial. **Portal Saúde**. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf>. Acesso em: 19 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Consulta Pública do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório. **Portal Saúde**, Brasília, jan., 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acs_rel_versao_25.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2008.

_____. Resolução COFEN nº. 293/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. **Portal COFEN**, 2004c. Disponível em: <www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/COFEN_293_04_Anexo_II.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Um a Visão Histórica da Saúde brasileira. In:_____. 100 anos de Saúde Pública: a visão da FUNASA. Brasília – DF: 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Goiás. **Portal BVSMS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/go1.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Portal Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em: 20 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**, 8ªCNS. Brasília. 2007a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em: 19 fev. 2007.

_____. Ministério da Saúde. DataSUS. **HiperDia**. Brasília, 2007b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807>. Acesso em: 06 nov. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e saúde da família**: equipes de saúde. Brasília, 2007c. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 22 fev. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Portal do Departamento de Atenção Básica. **DAB**, 2008. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 20 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ano II. N. 04. Jan.2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma**. São Paulo, Hucitec, 1992.

_____. **Considerações sobre a arte e ciência da mudança**: revolução e reforma. O caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1994a; 29-86.

_____. **Considerações sobre o processo de administração e a gerência dos serviços de saúde**. In: Campos GWS, Merhy EE Nunes ED. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec; 1994b; p. 21-65

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p.863-870, out-dez, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2008.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 4, v. 2 pp. 393-403, São Paulo-SP, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2008.

_____. **Paidéia e modelo de atenção**: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ v. 2, n. 23, p.399-407, fev, 2007. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/gastao_wagner_cobem_07.pdf>. Acesso em: 19 out. 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; OLIVEIRA, Veneza Berenice de. O desafio da expansão do Programa Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **PHISIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 12, n. 1, p. 47-58, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a04.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**; Goiânia: AB Editora, 2. ed. 2001.

CARVALHO, Guido Ivan, Santos Lenir. **Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998.

CASTORIADIS, Cornelius. **A Instituição Imaginária da Sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 5, p.1400-1410, set-out, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem**. Goiânia: Editora: UFG, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR Resolução CNE/CES nº. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Portal MEC**, Brasília-DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Resolve as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Portal Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. História da Enfermagem: as práticas de saúde ao longo da história e o desenvolvimento das práticas de enfermagem. **COREN-SP**, set, 2005. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/072005/ocorensp/historia/his_texto.php>. Acesso em: dez. 2008

COSTA, Lauriana Medeiros e; GERMANO, Raimunda Medeiros. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília-DF, v. 60, n. 6, p. 706-10, nov-dez, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/15.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

DUNCAN, Bruce B. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. In.: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. (org.) e colaboradores. **Manual de Condutas Clínicas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERNANDES, Josicélia Dumêt et al. Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo-SP, USP, v. 41(Esp), pp.830-4, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea15.pdf>. Acesso em 27 dez. 2008.

FEUERWERKER, Laura C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Rev. da ABENO**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2002. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2003/feue.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2008.

FIOCRUZ-ENSP. **Gestão em Saúde**: Curso de Aperfeiçoamento para dirigentes municipais. Programa de Educação a Distância. Unidade II. Planejamento da Atenção à Saúde. Rio de Janeiro- Brasília,1998.

FONTINELE, Klinger Júnior. **Programa de Saúde da Família (PSF) Comentado**. Goiânia: AB editora, 2003, p. 3-10.

FUINI, Silvana Cruz. **Perfil sócio sanitário da mulher em Goiás**. Contribuições de Lourdes Maria Bandeira, et. al. Versão atualizada. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Agence de Santé et des Services Sociaux de L'Outaouais, 2006.

GABRIELLI, Joyce Maria Worschech. **Formação do enfermeiro: buracos negros e pontos de luz** [tese]. Ribeirão Preto (SP): USP/EERP; 2004.

GEOVANINI, Telma; MOREIRA, A.; SCHOELLER; MACHADO, W.C.A. **História da enfermagem: Versões e Interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

GIL, A. C. Análise e interpretação. In: _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Cap.16, p. 168.

_____. Pesquisa social. In: _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Cap.3, p.44.

_____. Como classificar as pesquisas? In: _____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. Cap.4, p. 52-53.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis-SC, Universidade Federal de Santa Catarina, v. 15, n. 04, p. 645-653, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

GOMES, Vanessa Gimenes. Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Trabalho de conclusão do curso de Aprimoramento em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP/SP, Campinas, fev., 2006. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/tcc/apoio.pdf>. Acesso em: 19 out. 2008.

GONÇALVES, R.B.M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994. p. 278.

GONZÁLEZ, Alberto Durán. Integralidade da Saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Universidade Estadual de Londrina, artigo n. 0197, 2007. **Rev. ciência e saúde**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=665>. Acesso em: 10 dez. 2008.

GONÇALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Integralidade da Saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO**. n. 0197, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=665>. Acesso em: 19 out. 2008.

GOYA, N. Promoção da saúde, poder local e Saúde da Família: Estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos humanamente solidários e felizes. **Revista de políticas públicas de saúde saber**. Ano IV, n.1, p. 51-56, 2003.

ITO, E.E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 40, n. 4, pp. 570-575, USP- São Paulo-SP, mar., 2005. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 10 nov. 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Pesquisa. In:_____. **Fundamentos de metodologia social: teoria, método e criatividade**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1996. Cap.1, p. 21-22;

_____. Introdução à metodologia da pesquisa social. In: _____. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. Cap.1, p. 28-33.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.). **Construção Social da Demanda**. IMS - UERJ/CEPESC/ABRASCO: Rio de Janeiro, 2005.

MENDES, E. V. (org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1999.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde** (um ensaio sobre a micro política do trabalho vivo) CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. organizadores; **Agir em Saúde, um desafio para o público**. Hucitec, São Paulo, 1997.

_____. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. **Pesquisa do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde**. In: **Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família**; 2000 nov. 9-11; São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000.

_____. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. Hucitec: São Paulo, 2004.

NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 02, Abr-Jun, 2005.

NICZ, Luiz F. **Previdência social no Brasil.** In: GONÇALVES, Ernesto L. Administração de saúde no Brasil. São Paulo: Pioneira, 1988.

NUNES, E.D. Sobre a história da Saúde Pública: idéias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 2, p. 54, set. 2000.

OQUISSO, Taka (org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem.** Bauru-SP: Manole, 2005 (Série Enfermagem).

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. **(Im) Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa. In: **Promoção da Saúde e da Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 1986.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2 n. 3, p. 167-183, abr-Jun, 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300002&lng=pt&nrm=iso &tIng =pt>. Acesso em: 24 out. 2007.

_____. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Seminários Temáticos Permanentes. **ANVISA/ISCUFBA.** Brasília, mar., 2001. Disponível em: <http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf>. Acesso em: 20 out. 2008.

PEDUZZI, M. **A inserção científica.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 1, n. 35, p.103-9, nov., 2001. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/peduzzi_cobem_07.pdf>. Acesso em: 19 out. 2008.

PERS, Laerte A. **Funções de Enfermeiro numa unidade básica de Saúde**. Unicamp. São Paulo, Editora Unicamp, 2000. Disponível em de <<http://www.hovit.org.br/enfermagem\port\atrenf.html>>. Acesso em: 22 de out. de 2007.

PINHEIRO, O. de G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M.J (Org) **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. p.183-214.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS\UERJ, 2001.

POLIGNAMO, Marcus Vinicius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: Uma pequena revisão. Minas Gerais, 1999. Universidade Federal de Medicina de Minas Gerais. Disponível em <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)>. pdf Acesso em 12 set. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano Sustentável. **Portal Anápolis**, Agenda 21, Anápolis-Go, jun., 2007. Disponível em: <www.anapolis.go.gov.br/downloads/agenda21.pdf>. Acesso em 27 dez. 2008.

RICHARDSON, R. J. et al.. Métodos quantitativos e qualitativos. In: _____. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Cap.5, p. 70-73.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez., 2000.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino Americano de Enfermagem**, São Paulo, USP, v.13, n.6, p.1027-34, nov-dez, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

SANTIAGO, Maria Silvia; ANDRADE, Maria da Graça Garcia. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 02, pp. 571-578, Rio de Janeiro, mar.-abr., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15423.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

SALLES, P. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte: Ed.G. Holman, 1983.

SCLIAR, Macyr. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2002

STEAGALL-GOMES, D.L. Identificação do enfermeiro de saúde pública na força de trabalho de Enfermagem de Saúde Pública no Departamento Regional de Saúde-6 de Ribeirão Preto, SP (Brasil). **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, 24:224-31,1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n3/09.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2008.

SERRA, J. As duas reformas de Saúde. In: BRASL. Ministério da Saúde. SUS: **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. V.1. São Paulo: Atheneu, 2006.

SILVA, Kenia Lara; SENA, Roseni Rosangela. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, n. 42, v.1, pp.48-56, São Paulo-SP, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.

SILVA, Cesar Cavalcanti da; SILVA, Ana Tereza M.C.da; LOSING, Agnes. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa Saúde da Família – PSF. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 08, n. 01, pp. 70-4, João Pessoa-PA, 2006. Disponível em: <[HTTP://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.html)>. Acesso em: 10 out. 2008.

SILVA, Ionara Ferreira da. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro**. 2000, 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00008702&lng=pt&nrm=isso> Acesso em: 17 set. 2007.

SÍCOLI; Juliana Lordello; NASCIMNETO; Paulo Roberto do. Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface-Comunicação, saúde e educação. **Portal FIOCRUZ**, São Paulo-SP, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/v2005/boletim_bibliografico/textoscompletos/promocaodasaude.pdf>. Acesso em: 22 out. 2007.

SILVA, Graciette Borges da. **A Enfermagem Profissional: análise crítica**. São Paulo, Cortez, 1986.

SILVA, Joanita Corrêa da. A história do curso de enfermagem no Brasil à luz da LDB. **Webartigos**, mar, 2008. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/4709/1/a-historia-do-curso-de-enfermagem-no-brasil-a-luz-da-ldb/pagina1.html>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

SILVEIRA, Lúcia Tobias. **Construindo indicadores e escutando "ruídos"**: uma estratégia combinada de avaliação de uma política de saúde, por um autor/ator implicado: O Qualis/Zerbini/SP (uma modelagem do PSF). Campinas- SP: Unicamp, 2003.

SIMÕES, A.L.A.; FÁVERO, N. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 91-96, julho, 2000.

SOUZA A. M. A. & SANTOS I. Processo Educativo nos Serviços de Saúde – **Série de Desenvolvimento de Recursos Humanos** n. 01 – OPAS – Brasília. 1993.

SOUZA, Ana Célia Caetano de. et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Fortaleza-CE, v. 59, n. 6, p. 805-7, nov-dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a16.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

SPINK, M. J. ; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M.J (Org) **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. p.93-122.

TEIXEIRA, CF, PAIM JS & VILAS BOAS AL. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, ano VII, n. 2, abr-jun, 1998.

TEIXEIRA, Carmem F.; SADER, Neusa M.B. **CONTRIBUIÇÃO DA REDE UNIIDA**: Para o Processo de Implementação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação permanente para profissionais de Saúde da Família. **REDE UNIIDA**, 1997. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/boletim/pdf/bol_ago97.pdf>. Acesso em: 10 out. 2008.

TREVIZAN, M.A. et al. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 77-82, dezembro, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. Método de análise de conteúdo. In: _____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995. Cap.5, p. 159-161.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. **Projeto de Mudança Curricular de Curso Médico**. Belo Horizonte – MG, 2002. Disponível em <http://www.who.int/home-page/index.es.shtml>); visitado 16 de setembro de 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Projeto Político Pedagógico, Campus Baixada Santista. **Unifesp**, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/homebaixada/projpedag.php>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

VALE, Eucléa Gomes; FERNANDES, Josicelia Dumê. Ensino de Graduação em Enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Ceará-CE, v. 59(esp), pp. 417-22, mai-ago, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea06.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, DAL POZ, Mário Roberto. **Estudo Sobre o Processo de Reforma em Saúde no Brasil**. In: Programa de Investigacion sobre Reformas Sociales en Educacion y Salud en America Latina y el Caribe, 1998.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa voluntariamente. Se você aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento que está em duas vias, uma é sua e a outra ficará com as pesquisadoras. Em caso de recusa, você não será penalizado (a). Em caso de dúvida você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, ou ligar no telefone (062) 3310-6611. As ligações ao CEP e pesquisadores poderão ser feitas a cobrar.

Como fazer uma ligação a cobrar: 9090 + número do telefone desejado.

Exemplo: ligação local - 9090-3328-7803. Ligação interurbana - 90+ 14+ 62+3328-7803.

Celular local: 9090 - 9101 2625 - Celular interurbano - 90+14+62+ 9101 2625.

Informações sobre a Pesquisa:

Título do Projeto: SAÚDE DA FAMÍLIA: TERRITORIALIZANDO O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

Pesquisadoras Responsáveis: Profa. Dra. Florianita C. B. Campos e mestranda Cristiane Ferreira Santana.

Telefones para Contato: (62) 3310- 6620

Telefones para Contato: (62) 3324-6989 – Cel. 8418- 9234

O objetivo deste estudo é verificar se o currículo de enfermagem presente hoje nas escolas formadoras, atende e capacita o profissional da saúde para atuar nessa nova perspectiva do modelo assistencial.

Esse estudo é importante para ajudar na discussão da formação e da prática do profissional nesse novo contexto de atuação profissional, em que o sujeito e o objeto de trabalho vêm e têm sofrido mudanças.

Para a coleta de dados estamos solicitando a participação de Enfermeiros docentes, formadores destes profissionais que exercem o trabalho no SUS. Nossa solicitação é de que respondam algumas questões.

Assim solicitamos que você responda livremente às perguntas dos questionários; somente as pesquisadoras dessas perguntas terão acesso, sendo que os dados coletados serão utilizados na elaboração de uma dissertação de mestrado e, possivelmente, serão publicados em revistas científicas ou qualquer outro meio de comunicação científica. A sua participação e colaboração terão grandes benefícios para a comunidade e, principalmente, para o meio científico. No entanto, nenhum dado que o identifique será divulgado. Os questionários serão

guardados em local seguro no mínimo cinco anos em poder das pesquisadoras. Após este período os questionários serão destruídos de acordo com as normas da instituição. Se o senhor (a) aceitar a participar, estará contribuindo na ampliação dos conhecimentos científicos de enfermagem.

Para deixá-lo mais tranqüilo o seu nome na fala poderá ser trocado por pseudônimos e não será revelado em hipótese alguma, mas se o senhor (a) mesmo assinando o termo de consentimento se o pesquisador perceber que trará algum risco prejudicial o anonimato será resguardado. Não haverá riscos ou prejuízos à sua integridade física, moral, porém os possíveis riscos emocionais, caso venham a acontecer, receberão apoio da pesquisadora, e se necessário de profissionais qualificados.

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética da UniEVANGÉLICA: (62-3310- 6600).

A participação é voluntária, você só responde se quiser. Se você concordar em participar, por favor, assine abaixo. Você pode desistir de participar a qualquer momento, mesmo tendo assinado e já tendo gravada a entrevista, basta procurar o responsável.

Data: _____ Assinatura: _____

Nome completo: _____

Dr^a Florianita Braga Campos
Pesquisadora Responsável

Cristiane Ferreira Santana
Pesquisadora Participante

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo Saúde da Família, Territorializando o Processo de Trabalho da Enfermagem. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos envolvidos (entrevistas), assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi o número de telefones para entrar em contato a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado a entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (fone 62 3310 6611), caso me sinta lesado(a) ou prejudicado(a). Foi-me garantido que não sou obrigado (a) a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma cópia deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do sujeito

1 – Testemunha _____

2 – Testemunha _____

3 – Testemunha _____

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

DATA: __/__/_____.

Cristiane Ferreira Santana

Apêndice 2 – Formulário da Entrevista Estruturada**QUESTIONÁRIO DO PROFESSOR DA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA**

1. Profissão: _____ atuação como docente _____.

2. Há quanto tempo leciona Saúde Pública para cursos de formação de Enfermeiros ou/e Técnicos e/ou Auxiliares?

3. Tem experiência em escola pública ou privada?

4. No ensino, dá mais ênfase em Saúde Pública ou Saúde Coletiva? Estágio ou sala de aula? Quais disciplinas?

5. Sobre os Currículos, como professora, passou por quantas mudanças curriculares?

6. Fez diferença na formação da disciplina que você oferece? Que tipo? Qual foi mais radical e por quê?

7. Tente associar a mudança curricular com as exigências:

a) Das Políticas de Saúde Pública _____

b) Do trabalho do Enfermeiro na equipe de enfermagem _____

c) Do trabalho da enfermagem na equipe de saúde pública _____

d) Do trabalho do enfermeiro na equipe de saúde da família _____

Apêndice 3 – Formulário para anotação sobre prática cotidiana dos profissionais de enfermagem das SMS-PSF

DIÁRIO DE CAMPO
(Instrumento de anotação dos profissionais das SMS/SF
e estagiários da disciplina Saúde Coletiva)

Nome: _____

Local de trabalho e/ou estágio: _____

Quanto tempo trabalha e/ou está no campo de estágio: _____

Composição da EFS: _____

Atividades: _____

TIPOS: recepção/acolhimento/ pré-consulta/ consulta conjunta/ Visita Domiciliar Atendimento Domiciliar

1. Solicitação do usuário:

2. Resposta sugerida, pela ESF, à solicitação:

3. Sua resposta à solicitação:

4. Para sua resposta, apoiou-se em:

4.a) Sua formação, em quê?

4.b) Na Enfermagem: em que profissional?

4.c) Em outro profissional da Equipe: qual?

5. Você sentiu-se satisfeita com o resultado da atividade/convívio/resposta?

6. Descreva que outro tipo de apoio lhe daria melhor suporte para desenvolver a mesma atividade feita.

Apêndice 4 – Parecer do Comitê de Ética da UNIEVANGÉLICA



Um Novo tempo
Sempre

OFÍCIO 50/2008 – CEP

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA,
EXTENSÃO E AÇÃO COMUNITÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Anápolis, 14 de março de 2008.

Número de Protocolo: 250/2007

Título do projeto: A formação do profissional enfermeiro para a equipe de saúde da família e o cuidado no território.

Pesquisador responsável: Cristiane Ferreira Santana

Senhor(a) Pesquisador(a) Responsável,

O protocolo de pesquisa encaminhado por V. Sra. a este Comitê recebeu parecer **APROVADO COM RECOMENDAÇÕES**, significando que as atividades de pesquisa envolvendo seres humanos já podem ser iniciadas.

Entretanto, algumas recomendações foram propostas. Desta maneira, estamos encaminhando cópia do Parecer Consubstanciado a V.Sra., para ciência e arquivo. Particular atenção deverá ser dada às recomendações dispostas após o parecer, porém não será necessário retornar o projeto corrigido ao CEP.

Relembramos que deverão ser encaminhados relatórios semestrais (parciais) e relatório final a este Comitê de Ética, para fins de acompanhamento, tomando como referência a data de aprovação do Projeto no CEP.

Colocamo-nos à total disposição para solucionar as dúvidas que porventura surgirem.

Cordialmente,

Cristine Miron Stefani
Coordenadora do CEP-UniEVANGÉLICA

UniEVANGÉLICA
CENTRO UNIVERSITÁRIO
Associação Educativa Evangélica

Avenida Universitária, Km. 3,5 Cidade Universitária - Anápolis-GO - CEP 75070-290 - Fone: (62) 3310-6600 - FAX: (62) 3310 6607

Mas os que esperam no SENHOR renovam as suas forças, sobem com asas como águias, correm e não se cansam, caminham e não se fatigam. (Isaias 40:31)



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO,
PESQUISA, EXTENSÃO E AÇÃO
COMUNITÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO – 250/07

Identificação:

- Título do projeto: A formação do profissional enfermeiro para a equipe de saúde da família e o cuidado no território.
- Pesquisador responsável: Mestranda En^o Cristiane Ferreira Santana; Orientador Dr^o Flórida C. Braga Campos
- Instituição onde será realizado: Universidade Católica de Goiás – Faculdade de Enfermagem, Secretaria Municipal de Saúde – Unidade de Saúde da Família; Fundação James Fanshott - Escola Florence Nightingale.
- Data da apresentação: 11/12/2007
- **Objetivos:**
- *Geral:* Verificar nos currículos dos cursos e do profissional de enfermagem, subsídios que a pntem para a formação que, vise o processo de trabalho de caráter substitutivo, intersetorial e capazes de desenvolver atenção integral à saúde com procedimentos no território, integrando a Equipe de Saúde da Família (ESF).

Específico:

- Identificar nos currículos de enfermagem conteúdos de saúde pública que abordem as mudanças no modelo assistencial das políticas vigentes;
- Verificar nos currículos as diferentes visões de modelo assistencial na saúde pública;
- Identificar os conhecimentos programados em relação ao processo de trabalho exigido na estratégia de saúde da família;
- Relatar as transformações ocorridas nos currículos e na prática que favoreçam a mudanças no processo de trabalho: do enfermeiro na equipe de enfermagem, da enfermagem na equipe de saúde pública, do enfermeiro na equipe de saúde da família, da enfermagem na equipe de saúde da família;
- Descrever o processo de trabalho na equipe de saúde da família desenvolvido pelos profissionais de enfermagem estudados;
- Identificar no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem da ESF a organização de integração à equipe de Saúde da Família e a organização hierarquizada da categoria enfermagem.

II. Sumário do Projeto:

- Descrição e caracterização da amostra: para o estudo serão selecionados os professores que administram a disciplina de Enfermagem em Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva e profissionais de enfermagem da equipe da Saúde da Família do município de Anápolis (ex-alunos das instituições de ensino UFGO, UCG, Florence Nightingale). Será considerado o critério de saturação dos dados, porém estima-se um número de 12 participantes, sendo 03 professores e 09 profissionais da equipe de enfermagem (ex-alunos).
- Critérios: Inclusão - Professores maiores de 18 anos que lecionam a disciplina de Saúde Pública ou Saúde Coletiva nas escolas em estudo, aceitarem participar da pesquisa voluntariamente e assinar o TCLE; profissionais de enfermagem maiores de 18 anos, ex-alunos dos cursos de enfermagem da UFGO, UCG e Florence Nightingale, compor a equipe da Saúde da Família, aceitar participar voluntariamente do estudo e assinar o TCLE. Exclusão - Os que não se enquadrarem nos critérios acima.
- Adequação da metodologia: apresenta o estudo como sendo descritivo com análise documental e abordagem qualitativa, utilizando dois cenários. O primeiro consiste numa pesquisa documental nos currículos das instituições UCG (curso de graduação) e Escola Florence Nightingale (curso técnico), devidamente liberados pelas coordenadoras das instituições. Essas instituições foram escolhidas por serem mais antigas do estado e terem vivenciado as

mudanças ocorridas nos currículos e também na política de saúde. Além da avaliação dos currículos, serão entrevistados os professores da disciplina Enfermagem em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. O segundo cenário consistirá nas Unidades de Saúde da Família do município de Anápolis, ambiente de trabalho dos profissionais da equipe de enfermagem, os quais são ex-alunos das instituições pesquisadas UCG, Florence Nigthingale e também serão incluídos ex-alunos da UFGO. Tanto os professores das instituições de ensino envolvidas como os profissionais da equipe de enfermagem, terão liberdade de responder como queiram os instrumentos elaborados para o estudo, podendo desistir a qualquer momento.

- Adequação das condições: de acordo com a descrição os locais possibilitam o desenvolvimento do estudo, os instrumentos apresentados para a coleta de dados faz referência aos professores (apêndice 2), aos profissionais da equipe de enfermagem da SMS/SF e estagiários da disciplina Saúde Coletiva (apêndice 3), sendo que os sujeitos descritos na pesquisa constam de professores da disciplina SC e profissionais de enfermagem (ex-alunos das instituições UCG, UFGO e FN), portanto deverá esclarecer o envolvimento dos alunos em estágio os quais não constam na amostragem e população. A coleta de dados iniciará com o estudo documental das instituições (currículos e grade curricular) e os documentos instrutivos do MS, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde sobre Estratégia da Saúde da Família. Os professores serão analisados pelo tempo de ensino na disciplina, a sua participação na construção do currículo e a influência das políticas públicas de saúde nesse contexto, estando o currículo da escola disponível e sendo comentado. Para os profissionais da rede básica da SMS/SF de Anápolis, serão recolhidos os registros das atividades desenvolvidas junto ao usuário num diário de campo fornecido pela pesquisadora. Os dados serão analisados através de um mapa que segundo Pinheiro, 1999 “estabelece a construção de unidades significativas que vão além de palavras e frases – em unidades que não podem ser abstraídas do contexto da própria entrevista”, portanto serão criadas categorias para análise dos conteúdos e retiradas do levantamento documental podendo estabelecer um estudo comparativo entre o que aprende e o que se faz no processo de trabalho.

III. **Comentário do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:**

- Estrutura do protocolo: apresentou todos os documentos necessários.
- Folha de Rosto: corrigir os campos 02, 03, 04, 05, 06, 09, 10 nas três folhas de rosto apresentadas, os demais campos estão devidamente preenchidos e assinados pelos responsáveis das instituições,
- Análise dos riscos e benefícios: estabelece como riscos à exposição pessoal sobre seus conhecimentos, ocasionado desconforto emocional, o qual será minimizado com o sigilo dos sujeitos, respeitando a individualidade e ambiente reservado na aplicação do instrumento, terá também a liberdade em procurar a pesquisadora para o devido esclarecimento de dúvidas, após ter respondido o questionário, recebendo apoio da pesquisadora e se necessário encaminhamento a profissionais qualificados, garantindo total liberdade de responder aos instrumentos de acordo com sua vontade. Refere que a participação e colaboração trarão grandes benefícios na melhoria da qualidade da assistência na SF e, principalmente, para o meio científico acadêmico.
- Estrutura do TCLE: linguagem de fácil compreensão aos participantes, informando os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos na coleta de dados, o que será feito com os dados, assim como o sigilo, confidencialidade, privacidade e liberdade estão garantidos na participação.
- Forma de obtenção do TCLE: os sujeitos serão abordados individualmente em ambiente reservado no seu local de trabalho e solicitada a participação na pesquisa sobre o aspecto voluntário, informando os procedimentos da pesquisa, sendo lido e esclarecido alguma dúvida e posteriormente solicitando a assinatura do TCLE.
- Privacidade e confidencialidade: garante a privacidade abordando os sujeitos individualmente, em ambiente reservado no seu local de trabalho; sigilo e confidencialidade restringindo somente aos pesquisadores acesso aos dados coletados, a troca do nome na entrevista por pseudônimo, a guarda dos documentos por cinco anos e a destruição após esse período;

liberdade em participar da pesquisa, sair a qualquer momento ou se recusar a participar sem nenhum prejuízo. Ainda garante que se a pesquisadora perceber algum risco prejudicial o anonimato será resguardado.

- Orçamento: será de responsabilidade das pesquisadoras.
- Cronograma: deverá ser adequado o período de coleta de dados previsto para fevereiro e março, devendo ser iniciado a partir da aprovação desse comitê.
- Currículo Lattes: devidamente apresentados.

Parecer do CEP: APROVADO, com recomendação

- Na metodologia descrever a participação dos estagiários como apresentado no instrumento (apêndice 3) ou a retirado caso não participem do estudo;
- Corrigir nas Folhas de Rosto os campos de 02 a 06, 09 e 10 como a seguir:
2. Área do conhecimento: Ciências da Saúde, 3. Código: 4.04; 4. Nível: N; 5 e 6 não devem ser preenchidos; 9. Número de sujeitos: No centro considerar o número de participantes da instituição pesquisada descrita na folha de rosto, por exemplo na UCG dois docentes (= 02) , Total: 12 (como apresentado na população e amostragem da metodologia) e assim deverá ser corrigido em todas; 10. Grupos especiais assinalar em todos Relação de Dependência.

IV. Data da reunião: 13/3/2008

Assinatura do Relator:

Assinatura do Coordenador: Silvia Mara Maloso Tronconi

ANEXOS

Anexo 1 – Modelos de Atuação

MODELO TRADICIONAL

SUJEITO	Formação\tempo	Ações programáticas	Consulta Individual	Visita domiciliar	Equipe de Enfermagem	Demanda Espontânea	Núcleos de sentidos
1	4 anos atrás, e trabalha no PSF há três anos	muito trabalho, muito problema. apaga fogo, todo mês eu faço uma agenda com a programação mensal; os exames que tenho de realizar como a prevenção de câncer de mama e útero, também toda terça de manhã eu peso, mensuro e vacino	consulta de enfermagem; paciente quando está doente, qualquer coisa vai no posto falar com a enfermeira. o médico só quer realizar a consulta	eu é que tenho de realizar a visita domiciliar; Como eu realizo o cuidar ou desenvolvimento, olha nós temos um senhor(a) acamada, vou na casa dela toda a semana e faço o curativo 1 vez por semana;	o médico e o dentista acha que manda e não sabe nada, cada um com o seu conhecimento especializado; o agente é de minha responsabilidade	O médico recebe e realiza a consulta do usuário que está doente, técnica de enfermagem é quem marca a consulta médica, e a consulta de enfermagem;	- falta da multidisciplinaridade - desvalorização - sobrecarga - funções ou papel da enfermeira
2	formei em 2003	planejamos as ações; Hipertensão e diabetes – HIPERDIA, todas as quarta-feira realizamos educação em saúde, caminhada, verificamos PA, glicemia capilar, IMC e para os idosos preenchemos o cartão dos idosos. o PAISC –CD, pesamos e avaliamos	médica tem muita consulta para realizar	a visita domiciliar e conhecemos pelo agente; a visita domiciliar é muito difícil de sair do posto	Eu trabalho muito com a técnica e o agente; faculdade não se fala em trabalho em equipe cada um tem seu papel separado	A coordenação do PSF deu uma capacitação para médicos, enfermeiros e está cobrando a implantação do Programa de Hansen e tuberculose; o médico dá o diagnóstico e a enfermeira realiza a administração e o cuidado necessário, no PSF;	- funções ou papel da enfermeira - falta da multidisciplinaridade - programa do MS, - Capacitação do MS
3	Formada há 7 anos, há 4 anos no PSF;	postinho é por cronograma; preciso encaminhar a amostra	consulta de enfermagem, médica	comunidade aceita bem o agente, exemplo	composição da equipe o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e 06 agente comunitário;	Sinais e sintomas	- funções ou papel da enfermeira, - composição da equipe
8	UFGO HÁ 20 ANOS	programas do Ministério da saúde, capacitação com os agentes e enfermeiros, visitas domiciliares, busca ativa	Consulta de enfermagem nos programas, conforme cronograma	Visita domiciliar e acompanhamento sempre que necessário	Médico enfermeiro e técnica de enfermagem e agente de saúde	Encaminhamento sempre que necessário	- funções ou papel da enfermeira, - composição da equipe - programa do MS - cronograma
9	Formou em 1977	Gerenciamento das ações do enfermeiro	Solicitado pelo enfermeiro				- funções ou papel da enfermeira
11	Formada há 5 anos	Programa Saúde da Mulher, da Criança, Imunização; hipertensão e diabetes		a visita domiciliar é feita pelo agente, é muito difícil de sair do posto		Cronograma, consulta marcada	- programa do MS - divisão de papéis

12	3 anos	Conforme a doença	consulta de enfermagem, nos programas e médicas agendadas	Não realiza, não tem agente aqui	Eu, técnico de enfermagem	Sinais e sintomas conforme for encaminhado	- falta de profissionais - atividades desenvolvidas
Núcleos de sentidos	Experiência mais de 3anos.	- sobrecarga - atividades desenvolvidas: Programas do MS, Cronograma	- Divisão de papéis; - Agendamento (apenas 1 espontaneamente) - Aumento no valor da consulta médica	- dificuldade para a visita domiciliar; - aceitação da comunidade para visita	- composição da equipe; - falta de profissionais; - dificuldade de relacionamento	- cobrança; - consulta com doença instalada; - encaminhamento; - agendamento	

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

SUJEITO	Equipe multidisciplinar	Reunião de Equipe Multidisciplinar	Agente Comunitário	Acompanhamento Domiciliar	Discussão dos Casos	Ações Intersetoriais no Território	Escuta e encaminhamento às Necessidades apresentadas pelo Usuário	Programas/cronograma	Ações conjuntas com o Agente Comunitário	Núcleos de sentidos
1	difícil trabalhar em equipe;	o médico e o dentista acha que manda e não sabe nada, cada um com o seu conhecimento especializado; A equipe de saúde não se reúne; papel e o médico só quer realizar a consulta;	não quero ser chefe de ninguém basta os agentes;o agente é de minha responsabilidade	eu é que tenho de realizar a visita domiciliar. O médico está realizando visita, só que é sozinho	consulta de enfermagem	Encaminho para realizar exame; ou especialista		reunião na primeira sexta-feira com um café da manhã e segunda, quarta e sexta realizo uma caminhada ou verifico pressão ou dou uma palestra ou o agente, só o dentista que já deu uma palestra; prevenção de câncer de mama e útero, também toda terça de manhã eu peso, mensuro e vacino; todo o mês eu faço uma agenda com a programação mensal;	Como eu realizo o cuidar ou desenvolvo, olha nós temos um senhora acamada, vou na casa dela toda a semana e faço o curativo 1 vez por semana;	-Dificuldades no trabalho em equipe; - relacionamento; - conflito; - sobrecarga; - atividades desenvolvidas;
2	reunião dentista e o médico; eu e a médica discutimos juntas para decidirmos qual a conduta; Eu trabalho muito com a técnica e o agente; muito difícil é trabalhar em equipe nem ninguém aqui aprendeu a resolver junto	ninguém aqui aprendeu a resolver junto; faculdade não se fala em trabalho em equipe cada um tem seu papel separado	busca ativa quem faz é o agente eu passo o nome e o endereço;	a visita domiciliar é muito difícil de sair do posto	entrego o exame e se tem alguma alteração eu e a médica discutimos juntas para decidirmos qual a conduta;	Muito difícil	Para o especialista encaminho	planejamos as ações; O PAISC –CD, pesamos e avaliamos; o teste do pezinho;	reunião com o agente comunitário; a visita domiciliar e conhecemos; Eu trabalho muito com a técnica e o agente	-Dificuldades no trabalho em equipe; -multidisciplinaridade não é desenvolvida na academia; - divisão de papéis; - Programa do MS;
3	composição da equipe o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e 06 agente comunitário;	A equipe é bem participativa não tem ACD e THD, o dentista não está atendendo ele é novato aqui, a médica sempre pergunta e busca ajuda eu tenho mais tempo no PSF	comunidade aceita bem o agente, exemplo	Quando tenho de realizar um curativo	consulta de enfermagem;	fora de área por isto não tem agente para visita, não tem jeito,difícil;	preciso encaminhar a amostra de exame;	postinho é por cronograma	Visita domiciliar	- composição da equipe; - equipe multidisciplinar participativa; - atividades desenvolvidas; - falta de profissionais(visita domiciliar)

4	Médico enfermeiro e agente ,dentista	Não sabemos trabalhar em equipe cada um tenta resolver sozinho, muita responsabilidade	Agente de saúde atende a comunidade e mora na área	Não dá tempo de realizar	consulta de enfermagem nos programas	Programa Saúde da Mulher, da Criança, Imunização		cronograma onde se segue o cronograma;	Visita domiciliar	- composição da equipe - falta de trabalho em equipe - atividades desenvolvidas - Programa do MS;
8		Equipe de multiprofissionais onde reunimos eu, outra colega e a médica	Bem aceito pela comunidade, capacito é de minha responsabilidade	Realizo visita,atendimento domiciliar junto com o agente	Consulta de enfermagem dentro dos programas	Área delimitada onde realizo ações e sou muito cobrada	Quando necessário encaminho para a unidade de referencia	Cronograma mensal da unidade	Visita domiciliar e capacitação	- Reunião da equipe; - cobrança; - atividades desenvolvidas(enfermeira)
9	Médico agente de saúde enfermeiro, odontologo	Reunião com outra colegas onde discutimos e decidimos, enfermeiro e enfermeiro, capacitação		Sempre realizo a visita quando solicitado						- composição da equipe;
11	difícil trabalhar em equipe; cada um por si;	equipe de multiprofissionais	Comunidade aceita bem o agente,ele mora na comunidade	Enfermeira realiza quando tem necessidade	Consulta de enfermagem nos programas			Cronograma mensal da unidade.	Visita domiciliar	Dificuldade em trabalhar com equipe; - cronograma; - aceitação do agente na comunidade;
12		Equipe de médico especialista, enfermeiro e técnico de enf. e laboratório	Não tem	Não faz	Consulta de enfermagem dentro dos programas do MS	Programas do MS	Encaminhado para o especialista	Conforme o encaminhamento		- composição da equipe; - programas do MS; - encaminhamento
Núcleos de sentidos	- falta de preparo para trabalhar em equipe; - dificuldade de relacionamento com equipe;	- alguns tem trabalho em equipe; - falta de conhecimento para multidisciplinariedade;	- falta de agente comunitário; - divisão de papeis; - aceitação da comunidade para o agente; -	Dificuldade para a visita domiciliar;	- consulta de enfermagem;	-	- mais encaminhamentos	- atividades programadas com cronograma;	- visita domiciliar é feita com o agente;	

CURRÍCULOS

SUJEITO	Promoção da Saúde	Saúde Pública/Saúde Coletiva	Estágios iniciais na Saúde Pública	Estágios Profissionalizantes	Inserção na Equipe Saúde da Família	Visita domiciliar Conjunta com ACS	Aprendizado	Núcleos de sentidos
5	Conforme cronograma	Doença \ especialização	Por módulos 1 semestre	Unidade Secundária	Não tem, pois aqui não é PSF	NÃO TEM	Internet, o governo tem de me capacitar é obrigação	- cronograma; - aluno não participava da equipe PSF não faz visita;
6	Conforme cronograma, formação curativa	Doença instalada especialização	1 módulo no curso, promoção	USF	Não tem,	NÃO DA TEMPO	Formação curativa é uma luta para não demonstrar para o aluno	Aprendizado só pela internet; - grade curricular apresenta saúde pública; - formação do professor - curativa
4	Conforme cronograma	Grade nova, saúde coletiva; doença	Período anterior	realizado no PSF	Estágio supervisionado	o agente que realiza, não tenho tempo	Sozinha	Apresenta saúde pública na grade curricular; - Não realiza visita
10	currículo novo, conforme cronograma	Grade nova, na promoção de Cancer			Estágio Supervisionado	junto com o agente		- realiza visita ricom o agente comunitário de saúde; Grade curricular aproveita saúde pública
7	Formação curativa	Doença instalada	Somente 1 módulo em saúde pública onde é realizado na unidade secundária, doença instalada		não	não	Formação hospitalar, faculdade	- grade curricular apresenta saúde pública;
Núcleos de sentidos	- Formação curativa	- Cronograma	- Módulo para a saúde	- Estágio supervisionado em Unidade secundária e PSF - 3 Não	Aluno não participa de equipe, não faz visita domiciliar; Formação docente	Não realizam visitas domiciliar	- Formação curativa; - Conhecimento pela internet e capacitação	

MODELO TRADICIONAL

SUJEITO	Formação/tempo	Ações programáticas	Consulta Individual	Equipe de Enfermagem	Demanda Espontânea	Núcleos de sentidos
5	Há 3 anos formada	planejamos as ações conforme encaminhado; para especialização	consulta de enfermagem	Não tem equipe de multiprofissionais, médico,técnica e eu;	Vem da unidade Saúde da Família, para o especialista;	- falta de profissionais Atendimento especializado(encaminhamento)
6	Formei em 1999, UCG		consulta de enfermagem, nos programas e médicas agendadas		Cronograma mensal da unidade; doença.	- cronograma
7	UFGO há 7 meses	Programas do Ministério da saúde	Consulta de enfermagem conforme a demanda espontânea e agendamento, consulta médica	Técnico de enfermagem e enfermeiro	Paciente com problemas de saúde que são encaminhados do postinho	- programa do MS - Atendimento especializado
10	UCG, formou em 1977, 5 anos que leciona	Ações programadas do MS	consulta de enfermagem agendadas com exceção da vacina que a mãe traz a criança	Equipe de multiprofissionais	Conhece o cronograma de ações e participa das ações	- programa do MS - Funções desenvolvidas
4		Ações programadas do MS ,Promoção e prevenção	Consulta de enfermagem E MÉDICA AGENDAMENTO	E SF	Encaminhamento do PSF, Cronograma mensal da unidade; doença.	Atendimento especializado(encaminhamento)
Núcleos de sentidos	Experiência mais de 3anos. Uma apenas com 7 meses	Programas do MS; Cronograma	-Agendamento -Aumento no valor da consulta médica	-composição da equipe; -falta de profissionais;	- cronograma - encaminhamento; - agendamento	

CATEGORIAS:

 Realidade Percebida dos Serviços de Saúde, USF;

 Características/vivências do ensino em saúde pública;

 Influências da formação acadêmica, na atuação dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde

ANEXOS

ANEXO I - DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais:

- **Atenção à saúde** : os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo;
- **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;
- **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde deve m aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

Competências e Habilidades Específicas:

O Enfermeiro deve possuir, também, competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas contextualizadas que permitam:

- atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

- compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
- ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
- reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
- considerar a relação custo-benefício nas decisões dos procedimentos na saúde;
- reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
- assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Esta formação tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para a competência em:

- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
- atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- respeitar o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão;
- interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;

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

Descrição dos Procedimentos:

Estas competências e habilidades são básicas e subsidiárias das ações do enfermeiro nos diferentes âmbitos de atuação, constituindo o núcleo essencial da prática do enfermeiro generalista a partir do qual poderão advir outras ações conforme o projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem, cabendo-lhe a coordenação do processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde:

- correlacionando dados, eventos e manifestações para determinações de ações, procedimentos, estratégias e seus executantes;
- implementando ações, procedimentos e estratégias de enfermagem avaliando a qualidade e o impacto de seus resultados;
- promovendo, gerando e difundindo conhecimentos por meio da pesquisa e outras formas de produção de conhecimentos que sustentem e aprimorem a prática;
- assessorando órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.

3. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos contemplam as seguintes áreas temáticas, a saber:

Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem:

Ciências Biológicas e da Saúde – neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de Morfologia, Fisiologia, Farmacologia, Patologia (agressão e defesa), Biologia Celular e Molecular, Nutrição, Saúde Coletiva e Saúde Ambiental/Ecologia.

Ciências Humanas – neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos de Antropologia, Filosofia, Sociologia, Psicologia, Comunicação e Educação.

- **Fundamentos de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo, incluindo: História da Enfermagem; Exercício de Enfermagem (Bioética, Ética Profissional e Legislação); Epidemiologia; Bioestatística; Informática; Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem e Metodologia da Pesquisa.
- **Assistência de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso.
- **Administração de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde.
- **Ensino de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

Este conjunto de competências deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

4. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

• **Estágio Curricular:**

Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades.

Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o

referido estágio, de mínimo 500 horas, realizado nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

• **Atividades Complementares:**

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Enfermagem e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.

Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios,
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins.

5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas.

Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Porém, deverá ter a investigação como eixo integrador da formação acadêmica do Enfermeiro. Deverá induzir a implementação de programas de iniciação científica, propiciando ao aluno o desenvolvimento da sua criatividade e análise crítica.

As diretrizes curriculares do curso de graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso. Assim, diretrizes curriculares e projeto pedagógico deverão orientar o currículo do curso de graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso.

A organização do curso de graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Para conclusão do curso de graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente. A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena será regulamentada em Pareceres/Resoluções específicos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

A estrutura do curso deverá assegurar:

- a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde/doença;
- as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;
- a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
- os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
- a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
- a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constituem atributos indispensáveis a formação do Enfermeiro;

- o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
- a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade;
- a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem;
- a contribuição para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares de enfermagem deverão ser acompanhados e permanentemente avaliados, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários a sua contextualização e aperfeiçoamento.

As avaliações somativa e formativa do aluno deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares.

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação definido pela IES à qual pertence.

ANEXO II



Área de conhecimento: Ciências da Saúde

Duração: 10 semestres

Autorização/Reconhecimento: Port. MEC 1225, de 10/12/79

Unidade responsável: Faculdade de Enfermagem

Modalidade	Turno	Cidade
Específica da profissão	Integral	Goiânia
Licenciatura	Integral	Goiânia

O curso forma um profissional apto a atuar no campo da promoção da saúde, na prevenção de doenças agudas ou crônicas, degenerativas, endêmicas, transmissíveis, em qualquer fase do ciclo vital, mediante a prestação de assistência direta ou indireta.

O curso também instrumentaliza o profissional para lidar com o indivíduo, a família e a comunidade no contínuo saúde-doença, nas relações interpessoais e multiprofissionais.

O ensino clínico é desenvolvido nos laboratórios da FEN, no Hospital das Clínicas da UFG, em unidades da rede básica de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde), nos câmpus avançados da UFG e demais instituições conveniadas.

A pesquisa é estimulada na graduação como um importante instrumento de produção de conhecimento, além de fornecer indicadores para a intervenção na realidade e a conseqüente transformação social.

O mercado de trabalho é amplo. O enfermeiro pode atuar em consultórios ou clínicas, na assistência domiciliar ou hospitalar, em diversas especialidades, na saúde pública, em empresasaúde, no ensino, assessorias e consultorias a organismos ou entidades governamentais e não governamentais, em representações/fiscalização, dentre outros.

REGIME SEMESTRAL (Início em 2005)

Resolução CEPEC Nº 831 - Fixa o currículo pleno do curso de graduação em Enfermagem - Modalidades Específico da Profissão e Licenciatura, para alunos ingressos a partir do ano letivo de 2005.	
Matriz Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem - Modalidade Específico da Profissão	
Matriz Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem - Modalidades Específico da Profissão e Licenciatura	
Ementário das Disciplinas	

REGIME ANUAL

Matriz Curricular	
Ementário das Disciplinas	
Sugestão de Fluxo Curricular	



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

RESOLUÇÃO CEPEC Nº 831

Fixa o currículo pleno do curso de graduação em Enfermagem – Modalidades Específico da Profissão e Licenciatura, para alunos ingressos a partir do ano letivo de 2005.

O CONSELHO DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E CULTURA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, reunido em sessão plenária realizada no dia 3 de julho de 2007, tendo em vista o que consta do processo nº 23070.009392/2005-67 e considerando:

- a) a Constituição Federal (artigo 198) que definiu as diretrizes para as ações e serviços de saúde;
- b) a Lei de Diretrizes e Base - LDB (Lei 9.394/96);
- c) a Resolução CNE/CES nº 3, de 7/11/2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem;
- d) a Resolução CNE nº 2, de 26/06/1997, que dispõe sobre os programas especiais de formação pedagógica de docentes para as disciplinas do currículo do ensino fundamental, do ensino médio e da educação profissional em nível médio;
- e) a Resolução CNE/CP Nº 1, de 18/02/2002, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, Curso de Licenciatura, da graduação plena;
- f) a Resolução CNE/CP Nº 2, de 19/02/2002, que institui a duração da carga horária dos cursos de licenciatura de graduação plena, de Formação de Professor da Educação Básica, em nível superior;
- g) a Resolução CONSUNI Nº 06/2002, que institui o Regulamento Geral dos Cursos de Graduação da Universidade Federal de Goiás;
- h) a Resolução CEPEC nº 631, de 14/10/2003, que institui a política da UFG para a Formação de Professores da Educação Básica;
- i) a Resolução CEPEC nº 731, de 05/07/2005, que define a Política de Estágios da UFG para a formação de professores da Educação Básica.

RESOLVE:

Art. 1º Fixar o currículo pleno do curso de graduação em Enfermagem - Modalidades Específico da Profissão e Licenciatura, vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para alunos ingressos a partir do ano letivo de 2005.

Parágrafo único. Ao graduado na Modalidade Específico da Profissão será conferido o grau de Enfermeiro e para aqueles que cursarem as disciplinas da Modalidade Licenciatura também será conferido o grau de Licenciado.

Art. 2º O curso de graduação em Enfermagem - Modalidade Específico da Profissão formará o Enfermeiro generalista, crítico e reflexivo com referenciais éticos, humanistas e ecológicos.

§ 1º O profissional qualificado para o exercício de Enfermagem deverá ser capaz de diagnosticar, planejar, gerenciar e intervir nos problemas e/ou situações de saúde-doença, considerando o perfil epidemiológico nacional e regional; atuar, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde do indivíduo, de grupos, da família e da comunidade.

§ 2º Enfermeiro generalista é aquele que, considerando a integralidade do ser humano, articula a especificidade com a globalidade do conhecimento, a saúde individual com a coletiva e a inter e a multidisciplinaridade.

Art. 3º O Núcleo Epistemológico do curso de graduação em Enfermagem consiste na concepção integral, sistêmica, ética, humanista e ecológica do cuidado de enfermagem ao ser humano, durante todo seu ciclo vital, em suas experiências de saúde.

Art. 4º O curso de graduação em Enfermagem - Modalidade Licenciatura habilitará o Enfermeiro para o exercício da docência no ensino profissional da área de saúde.

Art. 5º O curso de graduação em Enfermagem - Modalidade Específico da Profissão propiciará aos alunos experiências de aprendizagem para desenvolver as seguintes competências e habilidades:

I. reconhecer que o ser humano está em constante interação com outras pessoas e com o ambiente e que apresenta diferentes dimensões, expressões e fases evolutivas;

II. ser autônomo, crítico, criativo e solidário no exercício da aprendizagem e do trabalho, interrogando-se sobre o *por quê*, o *para que*, os *limites*, os *fins* da ação em saúde e as *necessidades* dos usuários do sistema de saúde;

III. reconhecer seu papel social enquanto trabalhador de saúde tendo em vista a integralidade, universalidade, equidade, resolubilidade e humanização do trabalho gerencial e assistencial;

IV. reconhecer-se como agente das práticas em saúde, considerando que elas expressam as articulações entre múltiplos atores, valores, saberes e poderes;

V. reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;

VI. responsabilizar-se por seus atos, reconhecendo-se como autor destes e assumindo suas conseqüências;

VII. reconhecer seu compromisso social para com a sociedade, no que se refere à promoção, manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos;

VIII. refletir sobre o cuidar em enfermagem como responsabilidade social, considerando que esta abordagem é necessária para a reorientação da sua *práxis*, tanto em termos assistenciais, quanto gerenciais;

IX. considerar as abordagens clínica, epidemiológica e humanizada, bem como as evidências científicas e as transformações e expressões do contexto social e do setor saúde, para o planejamento de intervenções de saúde e de enfermagem;

X. considerar a natureza da organização do processo de trabalho em saúde segundo o paradigma da promoção da saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade;

XI. compreender a divisão do trabalho em enfermagem e em saúde, a natureza do objeto e da prática em saúde, considerando a inter e a transdisciplinaridade;

XII. reconhecer o papel social do enfermeiro nas estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde e na dinâmica de trabalho;

XIII. unir, em sua prática profissional, a técnica à ciência, o saber-fazer ao saber porquê e a preocupação com o resultado das intervenções à preocupação com o ser humano;

XIV. comprometer-se com o autodesenvolvimento e o processo de formação e qualificação continuada dos trabalhadores de enfermagem tendo em vista a excelência ao exercício profissional;

XV. desenvolver ações, dentro do âmbito profissional, de prevenção de doenças, promoção, proteção e reabilitação da saúde para o cidadão, grupos, família e comunidade;

XVI. incorporar a ciência e a arte do cuidar no exercício profissional;

XVII. exercer a autonomia profissional para aceitar ou negar determinadas práticas, em função de critérios éticos, legais, humanos, ecológicos e científicos e das necessidades da clientela;

XVIII. usar tecnologias de informação e comunicação;

XIX. desenvolver uma *práxis* humanizada, responsabilizando-se pela qualidade do processo de cuidar e da gerência em enfermagem;

XX. gerenciar o trabalho de enfermagem em serviços de saúde, observando o custo-efetividade das intervenções;

XXI. assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;

XXII. desenvolver e participar de pesquisas e de outras formas de produção de conhecimento;

XXIII. interagir com os profissionais dos serviços de saúde propiciando benefício mútuo, estimulando a cooperação acadêmica – profissional;

XXIV. reconhecer a importância do cuidado à própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro;

XXV. promover um ambiente social e humanamente digno no trabalho;

XXVI. desenvolver a capacidade de trabalhar em equipe com compromisso e responsabilidade, de ser cooperativo;

XXVII. associar-se a outras pessoas e instituições que compartilham ideais e interesses profissionais.

Art. 6º O curso de graduação em Enfermagem – Modalidade Licenciatura, propiciará aos alunos experiências de aprendizagem para desenvolver, além daquelas como enfermeiro, as seguintes competências e habilidades:

- I. atuar como docente no ensino profissional da área de saúde;
- II. compreender criticamente a sociedade e o papel do educador em seus aspectos políticos, sociais, econômicos e históricos;
- III. ser capaz de trabalhar interdisciplinar e coletivamente;
- IV. apreender o contexto educacional e ser capaz de atuar na gestão, planejamento, execução e avaliação do processo educativo.

Art. 7º O currículo do curso de graduação em Enfermagem - Modalidades Específico da Profissão e Licenciatura é constituído pelo conjunto de disciplinas distribuídas em Núcleo Comum (conteúdos comuns para a formação do profissional), Núcleo Específico (conteúdos que darão especificidade à formação do profissional) e Núcleo Livre (conteúdos que objetivam garantir liberdade ao aluno para ampliar sua formação, sendo composto por disciplinas eletivas por ele escolhidas).

Art. 8º O aluno deverá fazer ainda Atividades Complementares, que são o conjunto de atividades acadêmicas, não de disciplinas, escolhidas e desenvolvidas pelos alunos durante o tempo disponível para a integralização curricular.

Parágrafo único. Entende-se por Atividades Complementares aquelas relativas à participação do aluno, sem vínculo empregatício, em pesquisas, conferências, palestras, seminários, eventos científicos, cursos, programas de iniciação científica, atividades de extensão universitária, além de outras atividades científicas, artísticas e culturais, validadas pela Coordenadoria do Curso.

Art. 9º Na Modalidade Específico da Profissão, além dos conteúdos teóricos e práticos, o aluno deverá realizar Estágio Curricular Supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde, comunidade e instituições de ensino profissional na área de saúde nos dois últimos períodos do curso, com carga horária mínima de 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso de graduação em Enfermagem.

Parágrafo único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno em estágio curricular supervisionado pelo professor deverá ser assegurada a participação dos enfermeiros do serviço onde se desenvolve o referido estágio.

Art. 10. Na Modalidade Licenciatura, o aluno deverá realizar estágio supervisionado em instituições educacionais, especialmente escolas de ensino médio profissionalizantes em Enfermagem, a partir do 7º (sétimo) período do curso, com carga horária mínima de 400 (quatrocentas) horas do curso.

Parágrafo único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno em estágio curricular supervisionado pelo professor deverá ser assegurada a participação dos professores onde se desenvolver o referido estágio.

Art. 11. Para integralizar o curso de graduação em Enfermagem - Modalidade Específico da Profissão, o aluno deverá perfazer a carga horária de pelo menos 4359 (quatro mil, trezentos e cinquenta e nove) horas, no prazo mínimo de 10 (dez) períodos e no máximo de 16 (dezesesseis) períodos letivos.

Art. 12. O aluno que optar por fazer a Modalidade Licenciatura concomitante com a Modalidade Específico da Profissão deverá fazê-la no 4º (quarto) período, sendo obrigatório o cumprimento das seguintes disciplinas:

- I. Fundamentos Filosóficos e Sócio-Históricos da Educação;
- II. Psicologia da Educação I;
- III. Psicologia da Educação II;
- IV. Políticas Educacionais no Brasil;
- V. Gestão e Organização do Trabalho Pedagógico;
- VI. Estágio Supervisionado em Licenciatura I;
- VII. Estágio Supervisionado em Licenciatura II;
- VIII. Estágio Supervisionado em Licenciatura III.

Art. 13. Para integralizar o curso de graduação em Enfermagem – Modalidades Específico da Profissão e Licenciatura, o aluno deverá perfazer a carga horária de pelo menos 5215 (cinco mil duzentos e quinze) horas, no prazo mínimo de 10 (dez) períodos e no máximo de 16 (dezesesseis) períodos letivos.

§ 1º Para integralização da matriz curricular da Modalidade Licenciatura foram consideradas as atividades teórico-práticas, a dimensão pedagógica de várias disciplinas da matriz que formam o Enfermeiro, uma vez que discutem a educação formal e informal, e acrescentadas as disciplinas estabelecidas pela legislação vigente para a formação de professores na UFG.

§ 2º A prática de ensino da Modalidade Licenciatura será desenvolvida em estabelecimentos de ensino fundamental, médio, profissional e em instituições de saúde.

Art. 14. As cargas horárias do curso de graduação em Enfermagem - Modalidades Específico da Profissão e Licenciatura estão distribuídas de acordo com as matrizes curriculares constante do Anexo I:

CARGA HORÁRIA - ENFERMEIRO

NÚCLEO COMUM 1125 horas

NÚCLEO ESPECÍFICO 2931 horas

NÚCLEO LIVRE 203 horas

Sub-total 4259 horas

ATIVIDADES COMPLEMENTARES Mínimo de 100 horas

TOTAL GERAL MÍNIMO 4359 horas

CARGA HORÁRIA

ENFERMEIRO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

NÚCLEO COMUM 1125 horas

NÚCLEO ESPECÍFICO 3651 horas

NÚCLEO LIVRE 239 horas

Sub-total 5015 horas

ATIVIDADES COMPLEMENTARES Mínimo de 200 horas

TOTAL GERAL MÍNIMO 5215 horas

§ 1º Todas as disciplinas relacionadas no Anexo I são de natureza obrigatória para o curso de Enfermagem - Modalidade Específico da Profissão. § 2º Todas as disciplinas relacionadas no Anexo II são de natureza obrigatória para o curso de Enfermagem - Modalidades Específico da Profissão e Licenciatura.

§ 3º A carga horária semanal em disciplinas do Núcleo Comum e Núcleo Específico não poderá ser superior a 40 (quarenta) horas.

Art. 15. O curso de Enfermagem abrange período integral, sendo organizado em semestres letivos, conforme o disposto na legislação vigente da UFG.

Art. 16. Para integralização do curso de graduação em Enfermagem, independentemente da modalidade cursada, o aluno deverá elaborar um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob orientação docente.

Art. 17. As avaliações dos alunos serão baseadas nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico do Curso.

Art. 18. O currículo ora estruturado será aplicado aos alunos ingressos a partir do ano letivo de 2005, bem como àqueles retidos na 1ª série do curso após sua aprovação.

Art. 19. Integram esta resolução os seguintes anexos:

- Anexo I - Matriz Curricular da Modalidade Específico da Profissão;
- Anexo II - Matriz Curricular das Modalidades Específico da Profissão e Licenciatura;
- Anexo III - Ementário das Disciplinas.

Art. 20. Esta resolução entra em vigor nesta data, revogando-se as disposições em contrário.

Goiânia, 3 de julho de 2007

Profª. Divina das Dores de Paula Cardoso

- Presidente em exercício -

ANEXO I DA RESOLUÇÃO - CEPEC Nº 831

MATRIZ CURRICULAR DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MODALIDADE ESPECÍFICO DA PROFISSÃO

Nº	Disciplina	Unidade responsável	CH Semanal		CH Semestral	Natureza	Pré-requisito	Co-requisito	Núcleo
			TEO	PRAT					
1	Saúde Coletiva	FEN	3,0	1,0	60	Obrigatória			Específico
2	Introdução à Enfermagem	FEN	4,0	2,0	90	Obrigatória			Específico
3	Atendimento Pré-Hospitalar	FEN	1,3	0,7	30	Obrigatória			Comum
4	Anatomia Humana I Enf	ICB	1,3	2,7	60	Obrigatória			Comum
5	Metodologia Científica	FEN	2,3	0,7	45	Obrigatória			Comum
6	Biofísica Enf	ICB	2,0	--	30	Obrigatória			Comum
7	Histologia e Embriologia Geral	ICB	2,0	2,0	60	Obrigatória			Comum
8	Promoção da Saúde	FEN	1,3	2,7	60	Obrigatória			Específico
9	Risco Biológico e Biossegurança	FEN	2,0	--	30	Obrigatória			Comum
10	Bioquímica Enf	ICB	2,7	1,3	60	Obrigatória			Comum
11	Anatomia Humana II Enf	ICB	1,3	2,7	60	Obrigatória	Anatomia Humana I Enf		Comum
12	Histologia dos Órgãos	ICB	2,0	2,0	60	Obrigatória	Histologia e Embriologia Geral		Comum
13	Psicologia Aplicada à Enfermagem	FE	3,0	--	45	Obrigatória			Comum
14	Genética Enf	ICB	3,0	--	45	Obrigatória			Comum
15	Tecnologia da Educação em Saúde	FEN	2,0	--	30	Obrigatória			Específico
16	Epidemiologia e Bioestatística Enf	FEN	4,0	1,0	75	Obrigatória		Saúde Coletiva	Específico
17	Bases para o Cuidar do Indivíduo e da Família I	FEN	3,3	4,7	120	Obrigatória			Específico
18	Fisiologia	ICB	5,0	1,0	90	Obrigatória		Anatomia Humana II Enf, Histologia dos Órgãos	Comum
19	Imunologia	IPT SP	2,0	2,0	60	Obrigatória		Histologia e Embriologia Geral Bioquímica Enf Genética Enf	Comum
20	Microbiologia Enf	IPT SP	3,0	2,0	75	Obrigatória		Bioquímica Enf	Comum
21	Bases para o Cuidar do Indivíduo e da Família II	FEN	4,7	5,3	150	Obrigatória		Risco Biológico e Biossegurança, Bases para o Cuidar do Indivíduo e da Família I, Fisiologia	Específico
22	Centro de Material e Esterilização	FEN	1,3	2,7	60	Obrigatória	Risco Biológico e Biossegurança	Microbiologia Enf	Específico
23	Farmacologia Básica Enf	ICB	3,0	--	45	Obrigatória		Bioquímica Enf, Fisiologia	Comum

ANEXO II

GRADE CURRICULAR - ENFERMAGEM

DISCIPLINAS	CHA	CHS	DEPTº/UNID.
1º ANO			
Introdução à Enfermagem	150	4h 30min	FEN
Citologia, Histologia e Embriologia	128	04h	Histol.e Emb. / ICB
Metodologia Científica	060	02h	FEN
Anatomia Humana	128	04h	Anatomia/ICB
Psicologia Aplicada à Enfermagem	060	02h	Processo de Ensino-Aprendizagem/FE
Genética e Evolução	060	02h	Biologia Geral/ICB
Bioestatística	060	02h	Biologia Geral/ICB
Bioquímica	096	03h	Bioq. e Biof. / ICB
SUBTOTAL	742	23h 30min	
2º ANO			
Metodologia da Assist. de Enfermagem	170	5h 30min	FEN
Educação em Saúde	090	03h	Enfermagem / FEN
Vigilância à Saúde I	170	5h 30min	Enfermagem / FEN
Fisiologia e Biofísica	128	04h	Fisiol. e Farmac. / ICB
Imunologia *	060	4h	Microb.,Imunol., Parasit. e Patol., /IPTESP
Microbiologia *	060		Microb.,Imunol., Parasit. e Patol., /IPTESP
Patologia *	060	4h	Microb.,Imunol., Parasit. e Patol., /IPTESP
Saúde Mental I	090	3h	FEN
SUBTOTAL	828	29h	
3º ANO			
Enf. na Assistência ao Adulto e ao Idoso	420	13h	Enfermagem / FEN
Vigilância à Saúde II	120	04h	Enfermagem / FEN
Farmacologia	096	03h	Fis. e Farm. / ICB
Sociologia	060	02h	C.Sociais / ICHL
Nutrição	060	02h	FANUT
Parasitologia Humana *	060	4h	Microb.,Imunol., Parasit. e Patol., /IPTESP
Informática em Saúde	060	02h	Enfermagem / FEN
SUBTOTAL	876	30 h	
4º ANO			
Enfermagem Materno-Infanto-Juvenil	400	12h 30min	FEN
Antropologia	060	02h	C.Sociais / ICHL
Enfermagem em Psiquiatria	090	03h	FEN
Enfermagem em Saúde Coletiva	200	06h	FEN
Enfermagem em Emergência e em Unidade de Terapia Intensiva	180	05h 30min	FEN
SUBTOTAL	930	29h	

ANEXO III - UFGO

EMENTAS DO CURRÍCULO PLENO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INTRODUÇÃO À ENFERMAGEM: A Enfermagem no contexto da UFG. Saúde: conceitos, fatores intervenientes, abordagem holística. Sistema de saúde: história, objetivos, organização, estrutura. Cidadania e direitos humanos. História da enfermagem.

Enfermagem e sociedade. Legislação e ética profissional. Instrumentos de enfermagem. Primeiros socorros. Avaliação e intervenções de enfermagem de menor complexidade frente às necessidades humanas básicas afetadas.

CITOLOGIA, HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA: Célula: estrutura, ciclo, produção de energia e mecanismo de transporte. Secreção celular. Tecidos epiteliais, muscular, nervoso e conjuntivo - propriamente dito e propriedades especiais. Histologia dos sistemas e órgãos. Embriologia geral.

METODOLOGIA CIENTÍFICA: Ciência, tecnologia e natureza do conhecimento. O método científico. Uso da biblioteca. Fontes de informações, banco de dados na área da saúde. Técnicas de trabalho científico. Metodologia da pesquisa. Elaboração de projetos e relatórios de pesquisa.

ANATOMIA HUMANA: Conceito e divisão da anatomia. Planos e eixos do corpo humano. Sistemas tegumentar, esquelético, muscular, circulatório, linfático, respiratório, digestivo, urinário, nervoso, reprodutor, endócrino e sensorial. Junturas. Postura e locomoção.

PSICOLOGIA APLICADA À ENFERMAGEM: Psicologia na enfermagem. Psicologia da personalidade: diferentes abordagens. Relações interpessoais. Interação enfermeiro-cliente-família.

GENÉTICA E EVOLUÇÃO: Genética e saúde pública. Herança e meio ambiente. hereditariedade. Padrões de transmissão de genes e caracteres. Genética de populações. Mutação: tipos, regulação gênica, agentes, clínica e profilaxia. Imunogenética. Genética molecular, bioquímica e toxicológica. Malformações congênitas. Evolução. genética do crescimento, desenvolvimento e comportamento humano.

BIOESTATÍSTICA: Generalidade, grandezas, estudo de frequência, probabilidade e significância.

BIOQUÍMICA: Aminoácidos, peptídeos, proteínas, enzimas, vitaminas, coenzimas, carboidratos, lipídeos, membranas, ácidos nucleicos. Metabolismo de carboidratos, lipídeos e aminoácidos. Integração do metabolismo.

METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Enfermagem: situação atual e perspectivas. Teorias de administração geral e da assistência de enfermagem. Metodologia da Assistência de Enfermagem. Fundamentação teórico-prática do cuidado de enfermagem nos diferentes níveis de intervenção. Semiologia e semiotécnica.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Ensino e aprendizagem. Estudo teórico-metodológico da didática geral. Educação em saúde e a Enfermagem. Planejamento, execução e avaliação de programas de educação em saúde individual e coletiva. Educação continuada.

VIGILÂNCIA À SAÚDE I: Vigilância à saúde: conceitos, metodologia, organização, operacionalização. Saúde ambiental: aspectos ecológicos, políticos, sociais, culturais e técnicos. Processos de reutilização de artigos e controle de qualidade. Epidemiologia descritiva e analítica. Diagnóstico em saúde coletiva. Vigilância e controle de riscos e agravos à saúde: ações individuais e coletivas de menor complexidade.

FISIOLOGIA E BIOFÍSICA: Fisiologia celular e líquidos orgânicos. Estudo dos sistemas nervoso, músculo-esquelético, cárdio-circulatório, respiratório, gastrintestinal, urinário, endócrino e reprodutor. Sentidos especiais. O Universo e sua composição fundamental. Teoria de campo e a biologia. Água e soluções. Biofísica de sistemas. Radioatividade e radiação.

IMUNOLOGIA: Sistemas imune: funções, células e tecidos. Imunoglobulinas. Complexo principal de histocompatibilidade. Receptor de célula T. Sistema complemento. Reações

antígeno-anticorpo. Hipersensibilidade. Regulação da resposta imune. Imunohematologia. Imunologia das parasitoses. Doenças auto-imunes. Imunoprofilaxia. Testes intradérmicos. Coleta, conservação e transporte de materiais de exames.

MICROBIOLOGIA: Estudo da morfologia, citologia e fisiologia dos microrganismos. Relação entre microrganismos e infecções humanas. Microbiota humana e nosocomial. Coleta, conservação e transporte de materiais.

PATOLOGIA: Mecanismos básicos de doença. Mecanismos fisiopatológicos: inflamação e reparação, degeneração, necrose, adaptação, transtornos circulatórios, neoplasias. Conservação e transporte de tecidos.

SAÚDE MENTAL I: Indivíduo, família, meio ambiente e hereditabilidade. Sexualidade. Ajustamento e crise. Reação do indivíduo e família frente à doença, hospitalização e morte. Auto-estima, auto-conceito e auto-imagem. Atendimento em saúde mental. Relação de ajuda. Atividade ocupacional, lazer e criatividade.

ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO ADULTO E AO IDOSO: Análise das condições de vida e saúde do adulto e idoso: aspectos político, social, ético, legal, cultural e epidemiológico. Processo de envelhecimento. Administração da Assistência de Enfermagem com aplicação de Metodologia da Assistência de Enfermagem ao adulto e idoso com problema clínico e/ou cirúrgico, bem como ao portador de doença transmissível e de deficiência.

VIGILÂNCIA À SAÚDE II : Saúde no Brasil e região centro-oeste. Políticas de saúde. Controle social. Atenção primária. Aplicação de Metodologia da Assistência Holística de Enfermagem à família e grupos da comunidade. Vigilância e controle de riscos e agravos à saúde: ações individuais e coletivas.

FARMACOLOGIA: Farmacologia geral e especial: farmacocinética e farmacodinâmica. Interações medicamentosas. Quimioterápicos, drogas autonômicas, aukatóides, analgésicos e antiinflamatórios, antineoplásicos, diuréticos. Drogas que atuam nos sistemas digestivo, nervoso e cardiovascular. Líquidos e transfusões. Tóxicos e dependência. Farmacologia clínica.

SOCIOLOGIA: O homem sob a perspectiva sociológica. Conjuntura nacional. Organização e dinâmica social. Sociedade e ciência. Poder. Política social e enfermagem.

Representação social da doença. Papel social da enfermagem.

NUTRIÇÃO: Alimentação e nutrição. Nutrição normal e social. Avaliação de estado nutricional. Aspectos gerais de dietoterapia em todo ciclo vital e para portadores de agravos à saúde mais comuns. Alimentação de baixo custo. Nutrição enteral e parenteral.

PARASITOLOGIA HUMANA: Ambiente e relação parasita-hospedeiro. Distribuição epidemiológica e geográfica de parasitas do homem. Biomorfologia, cadeia epidemiológica, patogenia, diagnóstico clínico-laboratorial, profilaxia, controle, tratamento de endemias parasitárias. Sistemática zoológica. Protozoários, helmintos, moluscos e artrópodes de relevância epidemiológica. Coleta, conservação e transporte de materiais de exame.

INFORMÁTICA EM SAÚDE: Informação e microinformática. Aplicações da informática em saúde. DOS, windows, editor de textos, banco de dados.

ENFERMAGEM MATERNO-INFANTO-JUVENIL: Análise das condições de vida e saúde da mulher, criança e adolescente, incluindo o portador de necessidades especiais. Administração da assistência de enfermagem com aplicação de Metodologia da Assistência de Enfermagem ginecológica, obstétrica, ao adolescente e à criança. Relação enfermeiro-cliente-família.

ANTROPOLOGIA: Cultura: conceitos, relativismo e etnocentrismo. Saúde e cultura. Cultura brasileira. Valores, preconceitos, tabus, crenças e religião.

ENFERMAGEM EM PSIQUIATRIA: A doença mental, suas especificidades e os aspectos legais, éticos, culturais, sociais e epidemiológicos. Relação enfermeiro-cliente-família em distintas abordagens terapêuticas e psiquiátricas. Dependência química. Administração da

assistência de enfermagem em psiquiatria com aplicação de Metodologia da Assistência de Enfermagem ao indivíduo, família e comunidade.

ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: Evolução histórica da saúde pública. Tendências e modelos em saúde coletiva. Sistemática e administração da assistência de enfermagem nos programas de saúde. Práticas alternativas.

ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA E EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: Organização e infra-estrutura de serviços de emergência e de unidades de terapia intensiva. Administração de assistência de enfermagem com aplicação de Metodologia da Assistência de Enfermagem a pacientes graves, de alto risco e em situação de emergência. Relação enfermeiro-cliente-família.

ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM: Instituições de saúde pública e privada. Hierarquia e poder. Administração de serviços de enfermagem. Teorias e modelos. Recursos humanos em enfermagem. Relações interpessoais no trabalho. Avaliação do serviço de enfermagem. Equipe multiprofissional.

EXERCÍCIOS DE ENFERMAGEM: Estudo e análise do exercício profissional: aspectos ético, legal, humano, social, político, teórico e prático. Relação prática de saúde e trabalho de enfermagem.

SAÚDE MENTAL II: Teoria do stress. Teorias de comunicação de grupo. Dinâmicas de grupo. Teoria de papéis. Identidade.

FILOSOFIA E ENFERMAGEM: Filosofia grega, medieval, moderna e contemporânea. Ética e moral. Filosofia da ciência: racionalismo, empirismo. Filosofia e métodos dialético, fenomenológico e de análise estruturalista. Raciocínio lógico. Teoria do conhecimento. Processo de desenvolvimento de teorias de enfermagem: ciência, conhecimento, fenômeno, teoria. Teoria de enfermagem.

ESTÁGIO I: Estágio de administração em enfermagem nos *Campi Avançados* da UFG e em Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde.

ESTÁGIO II: Estágio de administração em enfermagem hospitalar, incluindo a elaboração de monografia versando sobre tema pertinente à Enfermagem.

EDUCAÇÃO BRASILEIRA: A universidade e a formação de professores no Brasil. Ideologia e princípios da educação pública. Movimentos educacionais. Processo de organização do sistema de ensino brasileiro. Diretrizes e bases da educação nacional: ensino público e privado.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DE ENSINO DE 1º E 2º GRAUS: Política educacional brasileira. Estrutura formal e informal da escola em seus vários níveis de poder e decisão. Perspectivas de organização do trabalho escolar: democratização e autonomia da escola. Movimentos de base e a educação. Exercício do magistério no contexto social e histórico.

PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO: Processo de desenvolvimento humano e suas implicações no processo ensino-aprendizagem. Concepções sobre o processo de aprendizagem e suas aplicações no ensino.

DIDÁTICA E PRÁTICA DO ENSINO DE ENFERMAGEM: Abordagens de ensino. O ensino de enfermagem nos cursos de 1º e 2º graus, de auxiliar e de técnico de enfermagem no Brasil. A formação do professor de enfermagem. Planejamento e prática do ensino numa perspectiva crítica.



Anexo IV – Grade Curricular e Requerimento de Matrícula do Curso de Enfermagem

Pró Reitoria de Graduação

Vigência a partir de 1997/2

Per	Código	Turma	Disciplinas	Créditos					Habilitação		Requisitos	
				Pre	Lab	Est	Mon	Total	ENF*	LICENC**	Pre	Co
1º	ENF 3400		Introdução aos Estudos da Enfermagem	4				4	X	X		
	CBB 2072		Biofísica	4				4	X	X		
	FIT 2300		Teologia da Saúde	4				4	X	X		
	LET 4101		Língua Portuguesa	4				4	X	X		
	FIT 2301		Antropologia Filosófica	4				4	X	X		
	CBB 2051		Biologia Molecular e Genética	4				4	X	X		
				Total de Créditos do Período	24				24	24	24	
2º	ENF 2300		Estatística Vital	4				4	X	X		
	HGS 1431		Ciências Sociais Aplicada à Saúde	4				4	X	X		
	CBB 2052		Embriologia e Histologia	4	2			6	X	X		
	CBB 2033		Anatomia Humana	4	2			6	X	X		
	CBB 2092		Microbiologia	4	2			6	X	X		
			Total de Créditos do Período	20	6			26	26	26		
3º	ENF 3307		Saúde Coletiva I	4				4	X	X		
	PSI 2662		Psicologia Aplicada à Saúde	4				4	X	X		
	CBB 2093		Parasitologia Humana	4				4	X	X		
	CBB 2034		Neuroanatomia	2	2			4	X	X		
	CBB 2094		Patologia e Imunologia	4	2			6	X	X		
	CBB 2062		Fisiologia Humana	4	2			6	X	X		
				Total de Créditos do Período	22	6			28	28	28	
4º	ENF 3401		Fundamentos de Enfermagem I	2		6		8	X	X	CBB 2092	CBB 2043
	ENF 3405		Metodologia de Assistência de Enfermagem	2		4		6	X	X	ENF 3400	ENF 3401
	CBB 1005		Bioquímica	4				4	X	X		
	CBB 2043		Farmacologia	6				6	X	X		
	ENF 3310		Epidemiologia	2		2		4	X	X		
	EDU 2500		Fundamentos de Educação	4				4	X	X		
				Total de Créditos do Período	20		12		32	32	32	
5º	ENF 3402		Fundamentos de Enfermagem II	2	2	6		10	X	X	ENF 3401/CBB 2043	
	FIT 2920		Bioética e Exercício da Profissão	4				4	X	X		
	ENF 3121		Nutrição e Dieta Aplicada à Enfermagem	4				4	X	X		
	ENF 3311		Políticas de Saúde	4				4	X	X		
	ENF 3518		Central de Materiais e Esterilização	2		2		4	X	X	CBB 2092	
	EDU 2510		Estrutura e Funcionamento da Educação Básica	4				4	X	X		
				Total de Créditos do Período	20	2	8		30	30	30	
6º	ENF 3406		Enfermagem Médica	4		6		10	X	X	ENF 3402	
	ENF 3462		Enfermagem em Doenças Transmissíveis	2		2		4	X	X	ENF 3310/ENF 3402	
	ENF 3453		Saúde Mental	4		4		8	X	X	ENF 3402	
	ENF 3470		Saúde da Mulher	2		2		4	X	X	ENF 3402	
	EDU 2525		Psicologia da Educação	6				6	X	X		
			Disciplina Optativa	4				4	X	X		
				Total de Créditos do Período	22		14		36	36	36	
7º	ENF 3407		Enfermagem Cirúrgica	4		4		8	X	X	ENF 3406	
	ENF 3408		Enf. Em C. C. e C. Recuperação Pós-Anestesia	4		4		8	X	X	ENF 3406	
	ENF 3308		Saúde Coletiva II	2		4		6	X	X	ENF 3307/ENF3406	
	ENF 3423		Enfermagem em Terapia Intensiva	2		4		6	X	X	ENF 3406	
	EDU 2564		Didática e Prática de Ensino de Enfermagem I	4		2		6	X	X		
				Total de Créditos do Período	16		18		34	34	34	
8º	ENF 3424		Enfermagem Obstetrícia	4		4		8	X	X	ENF 3406	
	ENF 3425		Enfermagem em Neonatologia	2		2		4	X	X	ENF 3406	
	ENF 3426		Enfermagem Pediátrica	4		4		8	X	X	ENF 3406	
	ENF 3511		Produção do Conhecimento em Enfermagem	4				4	X	X	ENF3308	
	ENF 3301		Seminário	2				2	X	X	ENF3308	
	ENF 3480		Geriatria e Gerontologia	2				2	X	X	ENF 3406	
	EDU 2565		Didática e Prática de Ensino de Enfermagem II	4				6	X	X	EDU 2464	
				Total de Créditos do Período	22		10		34	34	34	
9º	ENF 3519		Administração do Serviço de Enfermagem	4		6		10	X	X		
	ENF 3513		Orientação de Monografia I				6	6	X	X	ENF 3511	
	ENF 3701		Estágio Supervisionado I			10		10	X	X		
				Total de Créditos do Período	4		16	6	26	26	26	
10º	ENF 3702		Estágio Supervisionado II			10		10	X	X	ENF 3701	
	ENF 3514		Orientação de Monografia II				10	10	X	X	ENF 3513	
				Total de Créditos do Período			10	10	20	20	20	

*Graduação em Enfermagem: 264 créditos = 3.950 horas-aula

Disciplinas Optativas:

** Graduação em Enfermagem e Licenciatura: 290 créditos = 4.350 horas-aula

CMP 3001 – Iniciação à Informática – 4 cr

Obs.: 1. Para integralizar a proposta curricular, o aluno deverá cursar 4 créditos de FIT2512 – Met. Do Estudo e da Invest. Científica – 4 cr
Educação Física (recomenda-se que o faça nos dois primeiros períodos do curso). LET 4521 – Inglês Instrumental – 4 cr

2. Será conferido o diploma em Enfermagem ao aluno que cursar com aproveitamento as disciplinas de Formação Pedagógicas, código EDU. Estas só poderão ser cursadas a partir do 4º período.

3. As disciplinas FIT 2920 Bioética e Exercício da Profissão, ENF 2300 Estatística Vital serão ministrados de forma interdisciplinar, envolvendo os Departamento ENF-MAF

Nome:

Matrícula:

Data: ___/___/___

Fone do Aluno: _____
Res. _____

Declaro que recebi o informativo de matrícula.



Assinatura: _____

Celular _____

Visto do Departamento _____

Anexo V - UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS GRADE CURRICULAR

Curso: Enfermagem e Obstetrícia

Tipo Curso: Graduação presencial semestral

Especialidade: Bacharel

Turno: Integral

Vigência: A partir de 2006/2

Período	Código	Turma	Nome	Créditos						Requisitos	
				TOT	PRE	EST	LAB	PRAT	ORI	pré-req	Có-req
1	CBB1021		B. MORF. E PROCESSO DE AGRAVOS DO SER HUMANO I	8	6	0	2	0	0		
	ENF1020		A UNIVERSIDADE E O CURSO DE ENFERMAGEM	4	4	0	0	0	0		
	ENF1030		AS DIMENSÕES DO HUMANO	12	12	0	0	0	0		
	ENF1050		ATIVIDADE INTEGRADORA I	2	0	2	0	0	0		
	Número de créditos no período:			26							
2	CBB1122		B. MORF. E PROCESSO DE AGRAVO DO SER HUMANO II	18	12	0	6	0	0		
	CBB1040		SER HUMANO, SOCIEDADE, ENFERMAGEM	4	4	0	0	0	0		
	ENF1051		ATIVIDADE INTEGRADORA II	4	0	4	0	0	0		
	LET4101		LÍNGUA PORTUGUESA I	4	3	0	0	1	0		
	Número de créditos no período:			30							
3	CBB1013		BAS. MORF. E PROC. DE AGRAVOS DO SER HUMANO III	8	4	0	4	0	0		
	CBB1170		FARMACOLOGIA	6	4	0	2	0	0		
	ENF1052		ATIVIDADE INTEGRADORA III	4	0	4	0	0	0		
	ENF1201		PROMOÇÃO DA SAÚDE I	10	8	0	2	0	0		
	Número de créditos no período:			28							
4	CBB1014		BAS. MORF. E PROCESSOS DE AGRAVOS DO SER HUMANO IV	12	8	0	4	0	0		
	ENF1053		ATIVIDADE INTEGRADORA IV	4	0	4	0	0	0		
	ENF1202		PROMOÇÃO DA SAÚDE II	10	8	0	0	2	0		
	Número de créditos no período:			26							
5	ENF1054		ATIVIDADE INTEGRADORA V	4	0	4	0	0	0		
	ENF1101		SAÚDE DO ADULTO I	4	2	0	0	2	0		
	ENF1150		METODOLOGIA DO CUIDAR	22	8	0	8	6	0		
	Número de créditos no período:			30							
6	ENF1055		ATIVIDADE INTEGRADORA VI	4	0	4	0	0	0		
	ENF1102		SAÚDE DO ADULTO II	26	12	0	2	12	0		
	Número de créditos no período:			30							
7	ENF1056		ATIVIDADE INTEGRADORA VII	4	0	4	0	0	0		
	ENF1220		TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I	22	8	0	2	12	0		
	ENF4123		SAÚDE MATERNO-INFANTO-JUVENIL	4	4	0	0	0	0		
	Número de créditos no período:			30							
8	ENF1112		TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II	6	0	0	0	6	0		
	ENF1211		ESTÁGIO SUPERVISIONADO I	22	0	22	0	0	0		
	ENF1230		GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE	4	4	0	0	0	0		
	Número de créditos no período:			32							
9	ENF1113		TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO III	6	0	0	0	6	0		
	ENF1212		ESTÁGIO SUPERVISIONADO II	22	0	22	0	0	0		
	ENF1232		GER. DO SERVIÇO DE SAÚDE DE ENFERMAGEM	6	0	6	0	0	0		
	Número de créditos no período:			34							

Integralização Curricular: _____

Nº. de Créditos: _____

Nº. de disciplinas solicitadas: _____

Nº. de Horas: _____

Nº. de créditos a serem cursados: _____

Nome: _____

Matrícula: _____

Data: _____

Telefones do(a) aluno(a): _____

Res.: _____

E-mail: _____

Com.: _____

Declaro que recebi o informativo sobre matrícula. _____

Assinatura _____

Cel.: _____

Anexo VI - UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOÍAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA E NUTRIÇÃO
CURSO DE ENFERMAGEM
PLANO DE CURSO

UNIDADE ENF 1051– ATIVIDADE INTEGRADORA II

Nº CRÉDITOS: 04 (60 h)

PROFESSORAS: PROF^a. Ms. CRISTIANE JOSÉ BORGES

PROF^a. Ms. FERNANDA GUILARDUCCI PEREIRA

SEMESTRE LETIVO: 2008/1

EMENTA: Visitas em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Problematização dos diversos fatores que interferem no processo saúde-doença. Discussão dos fatores determinantes para promoção e proteção da saúde. A enfermagem e a questão ambiental. Saneamento. Controle da água e do Lixo. Introdução das normas científicas. Construção do arco de Mangarêz. Integração dos demais eixos do ciclo dois.

OBJETIVOS:

- Identificar os aspectos políticos, sócio-econômico-culturais do SUS.
- Reconhecer o funcionamento e os aspectos relevantes das unidades de saúde.
- Discutir os fatores determinantes para promoção e proteção do processo saúde-doença.
- Discutir o papel do enfermeiro e a questão ambiental.
- Conhecer a importância do saneamento, da água e o controle do lixo para prevenção das doenças.
- Propor intervenções com base nos conhecimentos, atitudes e habilidades adquiridas no eixo do ciclo dois.
- Proporcionar conhecimentos para análise crítica reflexiva.
- Apresentar as normas da ABNT.

COMPETÊNCIAS:

- Compreende os aspectos políticos, sócio-econômico-culturais do SUS.
- Identifica o funcionamento e os aspectos relevantes das unidades de saúde.
- Discuti ações essenciais para a promoção e proteção do processo saúde-doença.
- Desenvolve práticas educativas na comunidade.
- Conhece o papel do enfermeiro e a questão ambiental.
- Compreende a importância do saneamento, da água e o controle do lixo para prevenção das doenças.
- Desenvolve intervenções com base nos conhecimentos, atitudes e habilidades adquiridas no eixo do ciclo dois.
- Desenvolve o senso crítico reflexivo.
- Compreende as normas científicas utilizadas na enfermagem.

CONTEÚDO:

- Normas Científicas
- Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes
- Níveis de Atenção à saúde: Cuidado Preventivo Para o Corpo Sadio
- Educação em Saúde e atuação do enfermeiro.
- A enfermagem e a questão ambiental
- O saneamento, a água e o controle do lixo para prevenção das doenças.
- Arco de Mangarêz.

METODOLOGIA DE ENSINO:

- Abordagem problematizadora, com estratégias que estimulem a participação do aluno.
- Busca de informações nas fontes indicadas.
- Leitura individual dos textos indicados.
- Discussão em aula dos temas de estudo.
- Trabalhos em pequenos grupos em sala.
- Dinâmicas e exercícios em pequenos grupos.
- Exposição de filmes.
- Atividade teórico-prática

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

A avaliação da aprendizagem é contínua e leva em consideração todos os momentos de ensino e aprendizagem no eixo temático durante o semestre letivo. O principal objetivo da avaliação é fazer com que seja identificado o progresso em função das competências que deve adquirir no eixo temático. Na avaliação da aprendizagem o professor procura identificar se o aluno desenvolveu as competências esperadas para o eixo levando em consideração:

- Comprovação de leitura individual dos textos (entrega de relatório escrito, participação na aula evidenciando apropriação do conteúdo texto lido).
- Grau de participação do aluno nas aulas.
- Qualidade das intervenções do aluno nas aulas.
- Grau de participação e de desempenho do aluno nas atividades propostas pelo professor, individuais ou coletivas.
- Desempenho na avaliação integradora.
- Desempenho nas avaliações específicas do eixo (verificação de aprendizagem teórica e prática).

Os instrumentos de avaliação e a composição das notas são descritos a seguir

1- Avaliação Integradora.

Esta avaliação realiza-se por meio de um instrumento objetivo será composto de questões que incluem assuntos de todos os eixos temáticos do ciclo (semestre em curso). O instrumento é aplicado quinzenalmente no dia e horário pré-estabelecido. A nota atribuída é de zero a dez (10). A nota final de N1 será a média aritmética resultante das avaliações integradoras do bimestre.

2- Avaliação bimestral

Inclui a avaliação da aprendizagem por meio da verificação das competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) do aluno. A aplicação dos instrumentos de avaliação (verificação de aprendizagens teóricas e práticas; exercícios individuais e em grupo) realiza-se a cada bimestre em uma semana prevista no cronograma. A elaboração, aplicação e correção serão realizadas pelos professores do eixo temático, sendo atribuído um valor de zero a dez (10).

3- Auto-avaliação

A auto-avaliação realiza-se mediante 3 instrumentos:

1 - Portfólio individual do aluno

A auto-avaliação visa proporcionar o desenvolvimento da auto-reflexão do estudante acerca de seu desempenho e sua autonomia, auxiliá-lo a se localizar no processo de aprendizagem, a identificar seu próprio progresso e/ou a necessidade de melhorar o seu desempenho. É registrada em portfólio individual em

que o estudante atribui uma nota de zero a dez conforme o desenvolvimento das competências esperadas. Na média final este instrumento tem peso 0,2.

2 - Portfólio do professor

Consiste na identificação, pelo professor, do desempenho e progresso do estudante e a necessidade ou não de melhoria. É realizado em instrumento próprio individual (portfólio) em que o professor atribui uma nota de zero a dez conforme o desenvolvimento das competências esperadas, sendo atribuído peso 0,6.

3 - Portfólio da turma

Consiste na avaliação realizada pela turma acerca de seu desempenho no desenvolvimento das atividades propostas pelo professor, levando em consideração as repercussões da participação de cada estudante e/ou grupo de estudantes no conjunto da turma de modo a favorecer o aprendizado e alcance dos objetivos. É registrada em instrumento próprio (portfólio) em que o estudante atribui uma nota de zero a dez conforme o desenvolvimento, por parte da turma, das competências esperadas. Na média final tem peso 0,2.

A nota final da auto-avaliação compõe-se da média aritmética de: portfólio do estudante, portfólio da turma, portfólio do professor.

Composição das notas do aluno no eixo temático

$$N-1 \text{ ou } N-2 = (R1 \times 0,7) + (R2 \times 0,3), \text{ onde:}$$

$$R1 = \text{média geométrica dos eixos: } \frac{\text{Eixo V} + \text{Eixo VI}}{2}$$

$$R2 = \text{média geométrica das avaliações integradoras}$$

Sendo que a avaliação final é composta pelas notas da avaliações bimestrais teóricas e práticas + as notas dos portfólios:

$$\frac{\text{Avl prát} + \text{Avl teor} + [(\text{Portif Individual} \times 0,2) + (\text{Portif do professor} \times 0,6) + (\text{Portif da turma} \times 0,2)]}{3}$$

MÉDIA FINAL

N1 tem peso 0,4 e N2 tem peso 0,6.

A média final resulta da soma de N1 e N2: $(N1 \times 0,4) + (N2 \times 0,6)$.

ATIVIDADE TEORICO - PRÁTICA

As atividades teórico- práticas serão realizadas em unidades de saúde do SUS, os grupos serão compostos por dez acadêmicos e cada grupo fará a atividade de observação no PSF Jardim Primavera, SANEAGO e Estação de Controle de Esgoto, Estação de Controle de Lixo e Hospital de Medicina Alternativa. No final de cada atividade o aluno deverá entregar relatório no portfólio e o arco de Mangarêz.

Local	Data	Carga Horária
Sala de Aula para orientação da atividades práticas e divisão dos grupos	16/02/08	2 horas
PSF Jardim Primavera	05/03 a 09/04/08	4 horas

SANEAGO	07/05 a 21/05/08	5 horas
Estação de Controle de Esgoto	16/04/08	5 horas
Hospital de Medicina Alternativa	04/06/08	5 horas
Estação de Controle de Lixo	28/05/08	5 horas
Atividade de Promoção da Saúde no PSF Jardim Primavera	18/06/08	5 horas

CRONOGRAMA DO SEMESTRE

DATAS	ATIVIDADES
13/02/2008	Apresentação do plano de ensino, cronograma e estabelecimento de diretrizes da disciplina
16/02/2008	Revisão das Normas da ABNT Divisão dos grupos de atividade teórico-prática
20/02/2008	Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes
23/02/2008	Níveis de Atenção à saúde: Cuidado Preventivo Para o Corpo Sadio
27/02/2008	Estudo de Caso 1
01/03/2008	Níveis de Atenção à saúde
05/03/2008	Atividade teórico –prática
08/03/2008	1ª. Avaliação Integradora
12/03/2008	Atividade teórico –prática
15/03/2008	A enfermagem e a questão ambiental
19/03/2008	Atividade teórico –prática
26/03/2008	Atividade teórico –prática
29/03/2008	Atividade em grupo para apresentação da observação da realidade
02/04/2008	Avaliação Bimestral
05/04/2008	Avaliação Bimestral
09/04/2008	Atividade teórico –prática
12/04/2008	O Saneamento Básico
16/04/2008	Atividade teórico –prática
19/04/2008	Atividade em grupo para apresentação da observação da realidade
23/04/2008	Atividade teórico –prática
26/04/2008	A água e sua importância para saúde.
30/04/2008	Atividade teórico –prática
07/05/2008	Atividade teórico –prática
10/05/2008	Controle do Lixo
14/05/2008	Atividade teórico –prática
17/05/2008	Filme: Jardim das Flores
21/05/2008	Semana de Cultura e Cidadania
24/05/2008	Semana de Cultura e Cidadania
28/05/2008	Atividade teórico –prática
31/05/2008	Seminário
04/06/2008	Atividade teórico –prática
07/06/2008	Seminário
11/06/2008	Avaliação Bimestral
14/06/2008	Avaliação Bimestral
18/06/2008	Atividade teórico –prática

21/06/2008	Entrega dos portfólios 6ª. Avaliação Integradora
25/06/2008	Entrega de notas
28/06/2008	Encerramento do semestre



Anexo VII

CURSO DE ENFERMAGEM Matriz Curricular – 2007/1

1 - Período

DISCIPLINA	CH
ANATOMIA	96
ANTROPOLOGIA	32
CITOLOGIA, HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA	64
INICIAÇÃO À COMUNICAÇÃO	48
INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA ENFERMAGEM	48
LEITURA E PRODUÇÃO DE TEXTO NA LÍNGUA PORTUGUESA	64
METODOLOGIA CIENTÍFICA	32

2 - Período

DISCIPLINA	CH
ANATOMIA II	64
BIOESTATÍSTICA	32
BIOÉTICA E EXERCÍCIO PROFISSIONAL	48
BIOQUÍMICA	32
FISIOLOGIA E BIOFÍSICA	64
GENÉTICA E EVOLUÇÃO	32
MICROBIOLOGIA	64
PARASITOLOGIA HUMANA	48
PSICOLOGIA APLICADA À SAÚDE	48

3 - Período

DISCIPLINA	CH
CONSULTA DE ENFERMAGEM	48
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	48
ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA I	48
FARMACOLOGIA APLICADA À ENFERMAGEM	64
IMUNOLOGIA	48
INICIAÇÃO A SEMIOTÉCNICA DO CUIDAR	96
PATOLOGIA GERAL	64
PRIMEIROS SOCORROS	16
SOCIOLOGIA	32
TÓPICOS AVANÇADOS I	16

4 - Período

DISCIPLINA	CH
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	32
ENFERMAGEM EM BLOCO CIRÚRGICO	112
ENFERMAGEM EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	32
ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA II	112
EPIDEMIOLOGIA	48
NUTRIÇÃO APLICADA À ENFERMAGEM	64
TÓPICOS AVANÇADOS II	32

5 - Período

DISCIPLINA	CH
CULTURA RELIGIOSA	32
ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA	144
ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER	48
FILOSOFIA APLICADA À ENFERMAGEM	32
INFORMÁTICA APLICADA À SAÚDE	16

SAÚDE MENTAL	48
SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA DO CUIDAR	128
TÓPICOS AVANÇADOS III	32
6 - Período	
DISCIPLINA	CH
ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	80
ENFERMAGEM EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	64
ENFERMAGEM EM COM. DE CONT. DE INFECÇÃO HOSPITALAR	32
ENFERMAGEM EM PSIQUIATRIA	80
ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO ADULTO E IDOSO	112
ENFERMAGEM NA INTERPRETAÇÃO DE EX. LABORATORIAIS	32
METODOLOGIA DA PESQUISA EM ENFERMAGEM I	32
PRODUÇÃO CIENTÍFICA I	16
7 - Período	
DISCIPLINA	CH
ENFERMAGEM EM ADM. DOS SERVIÇOS BÁSICOS DA SAÚDE	48
ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTES CRÍTICOS	96
ESTÁGIO C. S. EM AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE I	224
ESTÁGIO C. S. EM CUIDADO A PACIENTES CRÍTICOS	80
ESTÁGIO C. S. EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	32
ESTÁGIO C. S. EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE	32
PRODUÇÃO CIENTÍFICA II	16
8 - Período	
DISCIPLINA	CH
ESTÁGIO C. S. EM AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE II	80
ESTÁGIO C. S. EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	48
ESTÁGIO C. S. EM CLÍNICA GERAL E CIRÚRGICA	240
METODOLOGIA DA PESQUISA EM ENFERMAGEM II	32
PRODUÇÃO CIENTÍFICA III	16



CURSO: Enfermagem
DISCIPLINA: Enfermagem em Saúde Coletiva II
CÓDIGO DA DISCIPLINA: 00537
PROFESSOR: Cristiane Ferreira Santana
CARGA HORÁRIA: Total: 112 H – Teoria: 64 H e Prática: 48h
PERÍODO: 4º

ANO / SEMESTRE: 2009/1

PLANO DE ENSINO

I- EMENTA

Papel e atuação do Enfermeiro no Sistema Único de Saúde: Programa de Humanização. Política de Promoção e Atenção Básica. Modelo de atenção à saúde e Estratégia Saúde da Família: Planejamento, implementação e ações de enfermagem. Abordagem epidemiológica e assistencial em saúde da criança, adolescente, mulher, trabalhador, adulto e idoso. Enfermagem no Programa Nacional de Imunização.

II - OBJETIVO GERAL:

Ao término da disciplina espera-se que o aluno seja capaz de:

Executar as ações da competência do enfermeiro nos diferentes níveis de prevenção e políticas do SUS, utilizando a Vigilância da Saúde como modelo de atenção aplicado na comunidade.

III - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever o sistema de Saúde no Brasil - O perfil da saúde coletiva no Brasil.
- Apreender as diretrizes da política Nacional de Humanização no Modelo de Atenção Básica;
- Refletir e conhecer a Rede de Saúde sua Hierarquização, organização e redes de serviços na atenção básica.
- Conhecer o Pacto pela Saúde, e os compromissos dos gestores da saúde em relação ao perfil epidemiológico e as necessidades apresentadas pela população da microregião.
- Conhecer as bases teóricas conceituais da Consulta de Enfermagem em seus diferentes enfoques: Investigação, Controle e tratamento de: DST/AIDS, Controle de DANTs (Diabetes e Hipertensão Arterial); Tuberculose, Hanseníase, Ginecologia com Coleta de material para exame Colpocitológico onco parasitário, auxílio a procedimentos ginecológicos de alta frequência, PNI – Rede de Frios, campanhas e bloqueios específicos e outros conforme a situação epidemiológica de cada situação
- Realizar a consulta de enfermagem no âmbito de cada Programa do SUS: Controle de Tuberculose, Controle de Hanseníase, Aconselhamento do HIV positivo/ Doente de AIDS, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Pré-Natal, Mulher idade fértil e climatério, Controle do Diabetes (Higiene, Feridas e Glicemia).
- Atuar no núcleo de vigilância epidemiológica, realizando notificação compulsória de Doenças Transmissíveis, bem como alimentando todo sistema de controle de vigilância em saúde, conforme normalizações e normatizações do Ministério da Saúde.
- Atuar em sala de vacinação: aplicação de todos imunobiológicos existentes na rede, e disponibilizados pelo Programa Nacional de Imunização: vacinas e soros específicos: antirrábico, antitetânico, anti-oftídico e outros
- Conhecer os mecanismos de gerenciamento de Sala de Imunização e retro-alimentação do SIABS

IV - HABILIDADES

- Administração de imunobiológicos: vacinas e soros por diversas vias: subcutânea , intradérmica, intra-muscular endovenoso.
- Montagem da sala de vacinas.
- Armazenamento de imunobiológicos – climatização, leitura de diversos termômetros
- Cuidados específicos com imunobiológicos
- Consulta de Enfermagem ao suspeito e/ou portador de hanseníase e seus comunicantes
- Coleta de linfa (lóbulo da orelha, local da mancha, cotovelo D)
- Administração de dose supervisionada para Hanseníase e orientações (Poliquimioterapia –PQT)
- Exame dermatoneurológico - teste de sensibilidade
- Vigilância epidemiológica – preenchimento de ficha de hanseníase
- Consulta de Enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT)
- Busca ativa de sintomáticos respiratórios e dos comunicantes (se necessário)
- Prescrição, coleta de material de exames de baciloscopia (BARR), encaminhamento e orientação
- Vigilância epidemiológica – preenchimento de ficha de TB.
- Consulta de Enfermagem no âmbito do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- Prevenção de câncer de colo de útero e mama - coleta (COP).
- Teste da mamãe (Coleta)
- Consulta de Enfermagem Pré-Natal e encaminhamento
- Visita domiciliar para gestantes com orientação para autocuidado e controle do pré-natal
- Orientações sobre cuidado integral com o recém nascido (coto umbilical, imunização, teste do pezinho e aleitamento materno
- Consulta de Enfermagem voltada para o Planejamento familiar – saúde reprodutiva, sexualidade segura e contracepção – distribuição de anticoncepcionais diversos (pílula, injetável, preservativo masculino e feminino), implantação de diafragma e DIU.
- Consulta de Enfermagem no âmbito HIPERDIA – controle de sinais vitais, distribuição e orientação para uso de medicamentos, insulino terapia, orientação para práticas alimentares e visita domiciliar

V - COMPETÊNCIAS

- Organização e liderança de enfermagem na atenção básica.
- Gerenciamento da equipe de saúde da família, especificamente Agentes Comunitários de Saúde.
- Gerenciamento da rede de frios e sala de vacina: imunobiológicos
- Implantação dos Programas do MS no âmbito da política nacional de atenção básica
- Exercer funções do enfermeiro nos diferentes Programas de Saúde do Ms, conforme o perfil epidemiológico (desenho da necessidade no território: processo saúde-doença)
- Gerenciamento da educação continuada e permanente, com a comunidade e equipe de saúde da família, respectivamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2000.

BECK, C.L.C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. . **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p.503-510, 2007.

BOECHS, M.M et al. A interface necessária entre a enfermagem educação em saúde e conceito de cultura. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p.307 -313, 2007.

BRASIL, M.S. Conselho Nacional de Saúde. 11ª. Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: Acesso, Qualidade, Humanização na Atenção à Saúde, com controle social. Relatório final 15 julho 2002. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/anexos/relatorio.pdf> . Acesso em: 13 julho 2004.

LESCURA, Y; MAMEDE, M.V. **Educação em Saúde**: abordagem para enfermeiro. São Paulo: Savier, 1990. p 10

MALDONADO, M.T; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Reichamann & Affonso editores, 2003.320p.

MALVAREZ, S. O desafio de cuidar em um mundo globalizado. . **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2,p.520 -530, 2007.

MELO, E.C.P; FIGUEREDO, N.M.A. Níveis de Atenção à Saúde: Cuidado Preventivo para o Corpo Sadio. In: Figueredo, N.M.A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Paulo: Yendis editora, 2005. p 125-142.

PEREIRA, A.L. Educação em Saúde. In: Figueredo, N.M.A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Paulo: Yendis editora, 2005. p 25-46.

TAVARES, R. Um olhar da arte sobre a saúde pública: ampliando conceitos. In: Figueredo, N.M.A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Paulo: Yendis editora, 2005. p 01-10.

VARGAS, L.A. Enfermagem e a Questão ambiental. In: Figueredo, N.M.A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Paulo: Yendis editora, 2005. p 11-23.