

## Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás

Care completeness: conceptions and practice of nursing graduation professors in Goiás State

Fabiana Ribeiro Santana<sup>1</sup>

Adélia Yaeko Kyosen Nakatani<sup>2</sup>

Raquel Aparecida Marra da Madeira Freitas<sup>3</sup>

Adenícia Custódia Silva Souza<sup>2</sup>

Maria Márcia Bachion<sup>2</sup>

**Abstract** *Care completeness has been defined as a leading axle of the changing process into the nurse formation. In this context, a descriptive-exploratory study was performed aiming to analyze the conceptions of completeness care present in the professors speech and the used strategies to the apprehension of care completeness by students. The research involved three institutions of higher education (HE). The data were collected through interviews with professors and documental analysis of teaching plans. The material was submitted to content analysis according to Bardin<sup>1</sup>. Three conceptions emerged: Care completeness - from singular to global; Care completeness - the ways to SUS; Care completeness - strategies to teaching. The study showed the reasons of taking care of human being in his social reality, with specificities and subjectivities; the idea of care and social net into the care practice; strategies to teaching how to care incorporating the learn how to learn, to do, to be and to live together. We want that the results contribute for the reflection of the professors on the directions of the completeness of the care, as well as to reorient the formation process, giving potency to the human resources and to the strategies that have already been used in the direction of the construction of completeness.*

**Key words** *Care completeness, Nursing graduation, Strategies to teaching*

**Resumo** *A integralidade tem sido defendida como o eixo condutor dos processos de mudanças na formação do enfermeiro. Inserido nesta problemática, realizou-se um estudo descritivo-exploratório, objetivando analisar as concepções de integralidade do cuidado presentes nos discursos dos docentes e as estratégias utilizadas para a apreensão da integralidade pelos discentes. A pesquisa envolveu três instituições de ensino superior (IES). Os dados foram coletados por meio de entrevistas com docentes e análise documental de planos de ensino. O material foi submetido à análise de conteúdo segundo Bardin<sup>1</sup>. Emergiram três categorias: Integralidade do cuidado - do singular ao global; Integralidade do cuidado - os caminhos para o SUS e Integralidade do cuidado - estratégias para a ensinagem. Revelam-se sentidos do cuidado ao ser humano na sua realidade social, com as especificidades e subjetividades; idéia de redes de cuidado e sociais nas práticas de cuidado; estratégias para a ensinagem do cuidado incorporando o aprender a aprender, fazer, ser e viver junto. Esperamos que os resultados possam contribuir para a reflexão dos docentes acerca dos sentidos da integralidade do cuidado, assim como reorientar o processo de formação, potencializando os recursos humanos e estratégias já utilizadas, rumo à construção da integralidade.*

**Palavras-chave** *Integralidade, Graduação em Enfermagem, Estratégias de ensino*

<sup>1</sup> Universidade Federal de Goiás. Av. Dr. Lamartine Pinto de Avelar 1.120, Setor Universitário. 75700-000 Catalão GO.

fabiana.fen@gmail.com  
<sup>2</sup> Faculdade de Enfermagem e Nutrição, Universidade Federal de Goiás.

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Educação, Departamento de Educação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

## Introdução

O termo integralidade de assistência é entendido, do ponto de vista jurídico-institucional, 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<sup>2</sup>.

De acordo com Camargo<sup>3</sup>, a integralidade não pode ser considerada um conceito. Pode ser uma rubrica conveniente para um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Pode-se identificar que é um conjunto de tradições argumentativas, que desembocam neste agregado semântico. Por um lado, um discurso dos organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e promoção da saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde, em nosso país. Por fim, nas críticas e proposições acerca da assistência à saúde de alguns autores acadêmicos.

Mattos<sup>4</sup> apresenta três sentidos da integralidade, envolvendo o contexto da construção de políticas (Integralidade e Políticas Especiais); os sistemas (Programas Verticais aos Programas Integrais: a integralidade como modo de organizar as práticas) e as práticas de saúde mais justas (Medicina Integral à Prática da Integralidade: integralidade como um traço da boa medicina).

Castro<sup>5</sup> demonstra que o conceito de integralidade sofreu vários abalos, sendo que o maior deles aconteceu com o advento do pensamento cartesiano-newtoniano, por meio do mecanicismo. Apresenta como marco histórico da institucionalização da anti-integralidade da ação de saúde, ou melhor, da medicina científica, o relatório Flexner, que foi publicado nos Estados Unidos da América, em 1910. Esse trabalho resultou de uma pesquisa realizada, nos Estados Unidos, durante dezoito meses, encomendada pela American Medical Association, sobre as escolas de medicina. Possuía o objetivo de canalizar as verbas de fundações recém-estabelecidas (concebidas pelas fundações Carnegie e Rockefeller), para algumas instituições médicas selecionadas.

O relatório serviu de parâmetro para o ensino da medicina, nos Estados Unidos, que estabelecia a formação dos estudantes e o estudo das doenças, em detrimento do cuidado aos enfermos de contextualizado às questões sociais. Esse

modelo influenciou sobremaneira as práticas de saúde no Brasil, que reproduziam o pensamento cartesiano por meio de uma visão dicotomizada, fragmentada, individualista, biologicista e mecanicista do ser humano. No ensino, na área de saúde, percebe-se esse modelo nas grades curriculares, nas quais o conteúdo é traduzido nas disciplinas que são oferecidas de forma estanque, isoladas, tendo o processo mórbido e as ações curativas como referenciais esmagadores<sup>5</sup>.

Mattos<sup>4</sup> expõe que a crítica a esse modelo, pela medicina integral, levou-a a propor reformas curriculares. A proposta era a de novos currículos, transformando as escolas médicas em instituições de formação de médicos menos reducionistas e fragmentários, e que valorizassem os conhecimentos dos pacientes e suas necessidades de forma integral. Esse acontecimento, no Brasil, não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado, mas associado à medicina preventiva, o que posteriormente seria denominado de Reforma Sanitária.

Henriques *et al.*<sup>6</sup> tratam a integralidade como um princípio que não atende unicamente a uma dada profissão ou que permeia a discussão e o fazer de determinados segmentos. Ela articula os processos de trabalho e formação de todos os trabalhadores de saúde. As discussões sobre a integralidade devem facilitar a perspectiva de novas abordagens, que contribuam para a organização dos serviços e dos processos de formação. Deve articular as práticas de saúde e pedagógicas às várias esferas de gestão do sistema de saúde e das instituições de ensino, permitindo avançar em direção à implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ayres<sup>7</sup> traduz a integralidade antes à noção de cuidado do que a de intervenção, já que em seu campo de atravessamentos e construção, os procedimentos e técnicas implementados tornam-se secundários às relações engendradas, em que o cuidar requer a aceitação de um outro-sujeito, e a aceitação dessa dimensão de encontro desejante, que é o ato de se colocar diante do outro e engendrar as compossibilidades de ambos e seu mundo compartilhado. O cuidado é entendido como uma dimensão humana, que se dá no plano da intersubjetividade. Portanto, existem várias formas de cuidar e de conhecimentos sobre esse cuidar.

Esse encontro desejante com o outro implica mudanças nas relações de poder, entre os profissionais de saúde e os usuários. É nesse processo dialético e dinâmico que poderemos garantir práticas inovadoras em todos os espaços de atenção

e cuidado à saúde, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde.

Xavier *et al*<sup>8</sup> desvelaram as implicações da integralidade nos campos dos saberes e das práticas. Os autores identificaram categorias (palavras-signo) que ajudam a definir a integralidade. São elas: escuta/tradução; negociação/escuta; polifonia/polissemia e diálogo e troca.

A primeira categoria refere-se ao comportamento do profissional de saúde, tendo uma dimensão mais pessoal da prática da integralidade. A escuta é entendida como uma característica desejável da relação entre o profissional e usuário do sistema de saúde. Associa-se ao ato de despir-se da armadura do conhecimento técnico-científico e se dispor a ouvir o outro, como uma pessoa que sabe algo sobre o mundo e sobre si mesmo. A tradução configura-se no desprendimento e disponibilidade capazes de subsidiar ações que se revertam em um melhor atendimento individual e uma maior capacidade de acolhimento por parte do serviço no qual o profissional está inserido. Traduzir significa partir da escuta do outro para transformar as suas práticas. O ato de escuta e tradução representa a operacionalização no serviço do reconhecimento de um saber que não substitui, mas integra e dialoga com o conhecimento biomédico<sup>8</sup>.

A segunda categoria destaca a presença da comunicação, no caráter de negociação da integralidade, que envolve três níveis. O primeiro diz respeito à relação pessoal no interior das equipes de saúde, que depende da formação e do bom funcionamento de equipes multiprofissionais. A busca da integralidade, nessa dimensão, significa negociar verdades, saberes, sentidos, experiências e expectativas. O segundo reporta-se à relação entre os serviços e unidades de saúde, construindo redes, relacionando diferentes profissionais, para compor a rede pública de saúde. O terceiro aspecto relaciona usuários diretamente ao sistema de saúde, através das políticas públicas (participação popular)<sup>8</sup>.

A terceira categoria apresenta a polissemia como uma idéia de múltiplos sentidos e representações, associados às necessidades e práticas dos atores. À expressão polissêmico, podemos acrescentar a idéia de integralidade como polifonia, reconhecendo seus vários sentidos como constituintes claros do campo da comunicação<sup>8</sup>.

Na quarta categoria, nos remetemos a um conjunto de sentidos que trata da organização das equipes de saúde e da relação entre os serviços. A pala-

vra diálogo é utilizada como definição de um processo mais do que um tipo de comportamento. O contato, a conversa, o diálogo entre as equipes de saúde são apontados como componentes fundamentais na direção da integralidade<sup>8</sup>.

Com relação à formação dos profissionais de saúde, constatamos que a proposta da integralidade faz parte das orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde (Serviço Social, Ciências Biológicas, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional).

Contudo, a integralidade requer a implementação objetiva de uma formação, para as competências gerais necessárias aos profissionais de saúde, visando a uma prática de qualidade, em todos os locais e áreas de atuações, uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes, e que ative processos de educação permanente, no desenvolvimento das competências específicas, para a atuação em cada trabalho<sup>9</sup>.

Os sentidos e práticas da integralidade podem nos apontar caminhos para a construção de políticas sociais mais justas, como, também, para a organização do sistema e dos serviços de saúde centrados nos usuários e na participação efetiva da sociedade e dos movimentos populares, em busca da conquista da cidadania e da saúde, como direito.

Nesse sentido, baseando-nos no Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde<sup>10</sup>, compreendemos a integralidade como uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas, na prestação do cuidado da saúde, em diferentes níveis do sistema, conferindo uma característica polissêmica e polifônica. Esses espaços dialógicos devem ser momentos de exercício da polifonia e da polissemia da integralidade, em que os vários sentidos e vozes são ouvidos de maneira crítica, autocrítica, reflexiva e criativa, para que se possa propor estratégias para a construção da integralidade que respeitem os vários contextos sociais e históricos.

O objetivo do presente estudo foi identificar as concepções de integralidade do cuidado, expressas pelos docentes, e as estratégias de ensino com foco na integralidade do cuidado, dispostas nos discursos e planos de ensino.

## Metodologia

A investigação, de natureza descritivo-exploratória, utilizou a abordagem da pesquisa qualitativa. A coleta dos dados foi realizada em três IES que oferecem o curso de graduação em Enfermagem. Os critérios de inclusão foram a instituição localizar-se no Estado de Goiás; ter integralizado pelo menos um currículo; aceitar expressamente, por meio da direção e/ou coordenação da IES, participar da pesquisa.

A inclusão dos conteúdos avaliados foi subsidiada pela Resolução CNE/CES nº 3/2001. Apenas os conteúdos referentes às Ciências da Enfermagem foram considerados, como se apresentam a seguir: Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem<sup>11</sup>.

Em seguida, foram sorteados os docentes que participariam da pesquisa, a partir da lista de professores apresentada à pesquisadora pelas IES. Por esse procedimento, obtivemos um docente representante de cada área das Ciências da Enfermagem. No momento do agendamento das datas e horários das entrevistas, solicitou-se ao professor o plano de ensino da disciplina. Foram incluídos, portanto, os docentes que haviam integralizado o conteúdo referente à sua área de atuação e elaborado ou participado da organização do plano de ensino.

Todos os docentes sorteados e que preencheram os critérios de inclusão optaram pela participação na pesquisa. Desse modo, os informantes se constituíram em três na área de Fundamentos de Enfermagem; três na área de Assistência de Enfermagem; três na área de Administração de Enfermagem e dois na área de Ensino de Enfermagem (isso ocorreu porque uma das IES não oferecia disciplinas desta área).

No período de abril e setembro de 2006, foram realizadas as entrevistas e a pesquisa documental. O instrumento utilizado na entrevista possuía duas partes: a primeira corresponde aos dados de identificação do sujeito da pesquisa e a segunda apresenta questões norteadoras acerca do tema central da pesquisa.

Sob autorização dos docentes entrevistados, as entrevistas foram registradas por meio de gravador de voz portátil digital. Posteriormente, foram transcritas na íntegra pela pesquisadora. O roteiro de pesquisa documental norteou a coleta de dados dos planos de ensino dos docentes,

permitindo acessar informações acerca das estratégias de ensino, com foco na integralidade do cuidado.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, mais especificamente à análise de categorias temáticas conforme a técnica descrita por Bardin<sup>1</sup>. A análise temática consistiu, como sugere a autora, em buscar os “núcleos de sentidos” inseridos em uma comunicação e cujas presenças ou frequências de aparição podem significar alguma coisa, para o objetivo analítico escolhido. A técnica de análise desenvolve-se em três fases indicadas pela autora: pré-análise, seleção das unidades de análise e o processo de categorização<sup>1</sup>.

A pesquisa teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo CEPMHA/HC/UFG nº104/05). Na sua execução, foram resguardadas as orientações da Resolução nº 196/96 da CONEP, para pesquisa envolvendo seres humanos<sup>12</sup>. Os sujeitos foram orientados quanto aos riscos e benefícios que envolvem esta pesquisa, sendo convidados a assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

## Resultados e discussão

A análise permitiu identificar três categorias temáticas. As categorias temáticas dos discursos e planos de ensino foram analisadas simultaneamente, buscando-se apreender a relação entre as concepções de integralidade do cuidado e as estratégias de ensino. O Quadro 1 apresenta uma síntese das categorias e subcategorias.

### Categorias e subcategorias temáticas das concepções de integralidade do cuidado

Em seus discursos, os docentes expressam duas categorias acerca da integralidade do cuidado: Integralidade do cuidado – do singular ao global e Integralidade do cuidado – os caminhos para o SUS. A primeira categoria temática inclui o cuidado prestado ao ser humano, inserido na sua realidade; o cuidado prestado à pessoa como um todo e a subjetividade da integralidade do cuidado – além do fazer técnico. A segunda categoria temática inclui a integralidade como princípio do SUS e a integralidade do cuidado e as redes sociais.

**Quadro 1.** Concepções e estratégias de ensino com foco na integralidade do cuidado presentes entre docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado de Goiás, 2006.

<b>Categorias temáticas das concepções</b>	<b>Subcategorias das concepções</b>
Integralidade do cuidado: do singular ao global	Cuidado prestado ao ser humano, inserido na sua realidade social
	Cuidado prestado à pessoa como um todo
	Subjetividade da integralidade do cuidado: além do fazer técnico
Integralidade do cuidado: os caminhos para o SUS	Integralidade como princípio do SUS
	Integralidade do cuidado e as redes sociais
<b>Categoria temática das estratégias</b>	<b>Subcategorias das estratégias</b>
Integralidade do cuidado: estratégias para a ensinagem	Estratégias para a construção de novos aprender e fazer
	Estratégias para a construção de um novo ser profissional

### **Primeira categoria temática - Integralidade do cuidado: do singular ao global**

Na primeira subcategoria, os docentes referem que a integralidade do cuidado pode ser entendida como prestada ao ser humano, inserido na sua realidade. Esta dimensão valoriza o contexto social em que o usuário vive em relação com as necessidades básicas para a sua qualidade de vida, como moradia, alimentação, lazer, saúde e renda familiar: ***Quando fala em integralidade do cuidado. Não é só atender o indivíduo nas suas necessidades, mas compreendê-lo dentro do contexto familiar com os determinantes sociais.*** (Discurso sujeito 2)

O fragmento da fala demonstra a preocupação em relacionar o cuidado de enfermagem com as condições de vida, no contexto social.

Na Enfermagem, a partir de 1979, verifica-se a utilização de concepções filosóficas mais abrangentes, que procuravam compreender os conflitos e as contradições no interior do seu trabalho, e na saúde articulada com outras práticas sociais<sup>13,14</sup>.

O posicionamento crítico e reflexivo da Enfermagem ocorreu em um contexto histórico, no qual se buscava o entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, das práticas e saberes, das relações, articulações econômicas, sociais e políticas<sup>14</sup>. Segundo Germano<sup>15</sup>, essas reflexões fizeram parte do ideário do

Movimento de Reforma Sanitária, durante o movimento de redemocratização do Brasil, a partir da década de oitenta. Almeida<sup>16</sup> acrescenta que se formalizou, nesse contexto social, um conceito ampliado de saúde e mecanismos de participação e controle social.

Os movimentos contra-hegemônicos, na área de saúde, estimularam as mudanças, na prática e no ensino de enfermagem, promovendo discussões acerca da adequação do processo de formação às necessidades e demandas de saúde da sociedade. Diante disso, os profissionais de saúde são chamados a estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura, as suas formas de organização, transformações e expressões, intervindo junto aos problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes e identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes.

Na segunda subcategoria, revela-se uma compreensão de integralidade do cuidado como a assistência prestada à pessoa como um todo. Esta concepção aparece sob variadas denominações de cuidado: holístico, cuidado integral, total ou global: ***Comecei a pensar em cuidado integral. Primeiro do corpo como um todo. Depois, desse corpo no ambiente maior, e de não fragmentar esse corpo, só que esse discurso jamais foi materializado, aqui na prática. Quando eu cheguei à prática, trabalhando nos hospitais, era tudo fragmentado.*** (Discurso sujeito 5)

***Eu entendo que é você olhar para a pessoa e analisar, como um todo. Mas é aquele todo assim, que você observa o cabelo, o olhar, as expressões, a forma de ouvir; enfim, como você sente o outro. E como você pode perceber o outro no todo. Porque não adianta a gente pensar que pode trabalhar com partes.*** (Discurso sujeito 7)

A visão de integralidade como assistência prestada como um todo inclui os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que sempre fizeram parte do discurso da Enfermagem, mas que, contraditoriamente, não se expressam nas práticas devido à fragmentação e manutenção do modelo cartesiano de conhecimento predominante no campo da saúde. É o que expressa a docente nº 5, indicando as contradições do cuidado à saúde.

A organização do sistema e dos serviços de saúde também reproduz a lógica do modelo cartesiano de conhecimento e produtiva do capital. Lógica esta que fragmenta, massifica e “coisifica” o ser humano. Contudo, observamos forças contra-hegemônicas na saúde, que buscaram novos modelos de organização, como o Movimento de Reforma Sanitária, a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde (1978), as mobilizações populares e sindicais, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), o Sistema Único de Saúde (legitimado pelas leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), entre outros. Como resultado, nota-se a percepção, por parte dos sujeitos, de que avançar na integralidade é um processo contraditório.

A terceira subcategoria aborda a subjetividade do ser, com a superação do cuidado apenas do corpo ou estritamente técnico. Valoriza as experiências e as necessidades dos sujeitos no ato de cuidar: ***Eu tenho vivido a integralidade, eu procuro viver a integralidade, na minha vida cotidiana e na minha vida profissional. Porque eu vejo o indivíduo na sua totalidade, eu vejo o indivíduo como um ser que habita o mundo.*** (Discurso sujeito 10)

O cuidado individualizado e a atenção aos aspectos subjetivos estão explícitos. Observamos a tendência de se ouvir atentamente os indivíduos, valorizando as suas experiências vivenciadas. A escuta implica mudança de comportamento do profissional de saúde, à medida que exige dele despir-se da armadura do conhecimento técnico-científico e se dispor a ouvir o outro. Traduzir estes conteúdos implica um melhor atendimento individual e maior capacidade de acolhimento<sup>8</sup>. Para os sujeitos, não se trata apenas de um entendimento intelectual, mas de um pensar que

fundamenta uma “visão de mundo” e das pessoas que nele habitam.

Nos seus discursos, as docentes expressam sentidos da integralidade do cuidado, envolvendo o singular e o global, destacando o resgate da dimensão total do ser humano, com seus aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Estes valores devem fazer parte dos ideais da Enfermagem; entretanto, defendemos que as contradições, as lutas de poder e as ideologias, presentes no contexto da profissão, sejam igualmente discutidas, em uma visão de totalidade.

### **Segunda categoria temática - Integralidade do cuidado: os caminhos para o SUS**

Na primeira subcategoria, “Integralidade como princípio do SUS”, as docentes afirmam que a integralidade é uma recomendação do SUS e que o profissional deve entender o “caminho” do usuário, nos serviços de saúde, como um sistema de redes: ***Integralidade na verdade é uma das recomendações do SUS.*** (Discurso sujeito 3)

***A integralidade nessa visão do SUS, como um princípio do SUS, você não pode mais simplesmente prestar esse atendimento e acabou. Você tem a visão de que aquele atendimento não termina lá no primário, ou na alta complexidade, que existe uma corrente, nessa visão do atendimento da pessoa.*** (Discurso sujeito 4)

Pode-se perceber que a concepção de integralidade do cuidado apresentada pelas enfermeiras docentes aproxima-se daquela descrita por Cecílio<sup>17</sup> como uma definição ampliada de integralidade da atenção a partir das necessidades de saúde.

Cecílio<sup>17</sup> apresenta duas dimensões de integralidade: uma focalizada e outra ampliada. A primeira faz parte do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular, dos serviços de saúde. A segunda é fruto de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede muito mais complexa, composta por outros serviços de saúde e outras instituições, não necessariamente do setor saúde. Segundo Xavier *et al*<sup>8</sup>, a construção das redes de cuidado depende das relações entre as equipes multiprofissionais, negociando as suas verdades, saberes, sentidos, experiências e expectativas relativas aos serviços e às unidades de saúde.

Na segunda subcategoria, “Integralidade do cuidado e as redes sociais”, as docentes vislumbram a ideia do cuidado promovido em redes sociais: ***Quando eu falava integralidade, que eu enxergava integralidade só dentro do interior do Sistema Único de Saúde, e hoje pra mim já é muito***

**mais do que isso, que com a minha formação em promoção de saúde, a gente vai ao controle social e na participação comunitária. Então a gente sabe que a promoção da saúde não acontece só do PSF até a alta complexidade, tem redes sociais também que contribuem.** (Discurso sujeito 4)

O sujeito interpreta a integralidade do cuidado como uma construção coletiva que ganha expressão quando os sujeitos, como uma rede social, buscam participar das decisões nas políticas públicas de saúde, por meio da participação comunitária, destacando a potencialidade das redes sociais na promoção da saúde.

A participação destes sujeitos sociais nas tomadas de decisões implica a construção de uma nova lógica de fazer saúde, mais justa e equânime, na qual várias vozes (polifonia) e sentidos (polissemia) passam a fazer parte do diálogo. A integralidade deve ser construída, pelos profissionais de saúde, dando subsídios à população, para aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer as pessoas, para influírem nos determinantes de saúde. Isso requer mudança de consciência.

A transformação da realidade social, por meio da participação em instâncias de decisão, apenas será possível por meio de redes de informações que proporcionem autonomia e libertação aos homens, para que sejam atores da construção de integralidade do cuidado na saúde, de modos críticos, criativos e coletivos. Mas devemos atentar que os interesses da produção capitalista e os “caminhos” para a consolidação do SUS são antagônicos; portanto, mudanças qualitativas não podem acontecer em “saltos”, pois fazem parte de uma totalidade.

Consideramos que a construção da integralidade do cuidado nas perspectivas do cuidado prestado ao ser humano, inserido na sua realidade social; do cuidado prestado à pessoa como um todo; da valorização da subjetividade e do fazer além da técnica; da articulação de redes de cuidados, nos serviços de saúde, e de redes sociais, na perspectiva da promoção da saúde; representam um movimento contra-hegemônico, na medida em que não reproduz, mas contradiz a lógica do capital e do modelo cartesiano.

### **Terceira categoria temática - Integralidade do cuidado: estratégias para a ensinagem**

Desta categoria temática, emergiram duas subcategorias: a construção de novos aprender e fazer e a construção de um novo ser profissional.

Os enfermeiros docentes utilizam várias estratégias para que os estudantes apreendam os sen-

tidos da integralidade do cuidado. Valorizam as estratégias que desenvolvem as competências para o aprender a aprender, fazer, ser e viver junto.

#### **Subcategoria das estratégias para a ensinagem: a construção de novos aprender e fazer**

. Problematização: ***Eu tenho mostrado que a educação está sempre voltada para a realidade do meu paciente, do meu cliente. Eu tenho utilizado muito Paulo Freire, a problematização, e tenho trabalhado o aspecto de mostrar a necessidade.*** (Discurso sujeito 8)

A problematização foi considerada uma estratégia valiosa para a ensinagem, em que o docente passa a ser o mediador do processo e não mais o “repassador” de informações. Os sujeitos referem que problematizar aproxima o estudante da realidade que o cerca e promove transformações concretas no seu aprender e no aprender do usuário. Contudo, na maioria das vezes, os educadores interrompem o movimento de ensino e aprendizagem, nas etapas de observação da realidade e teorização, buscando essencialmente desencadear o processo do conhecimento. Estas características aproximam-se da metodologia de aprendizagem baseada em problemas (ABP) ou ***problem-based learning*** (PBL) e não da problematização, que busca a ação transformadora da realidade, porque avança na aplicação dos conhecimentos no cenário de prática.

A pedagogia da problematização parte da ideia que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não é o conhecimento, mas sim o aumento da capacidade do estudante, para a detecção e resolução dos problemas reais, tornando-se participante e agente da transformação social. Esta pedagogia não separa a transformação individual da social<sup>18</sup>.

. Inserção nos cenários de prática e redes de cuidado: ***Eu procuro que o aluno execute, e também observe a pessoa, ele vai à comunidade. Para mim, isso é integralidade do cuidar, vai lá ver como a família está cuidando dele. Eu faço essa ponte do cuidar pra isso, fazer com que o aluno enxergue a pessoa no seu ambiente, em suas ações, tanto física, olhá-lo socialmente, emocionalmente.*** (Discurso sujeito 3)

Para o sujeito da pesquisa, conhecer a realidade dos usuários do SUS (***in loco***) na família, na comunidade e em suas redes sociais favorece a apreensão dos sentidos da integralidade. Entretanto, as experiências de ensino-aprendizagem, no campo da prática, não devem apenas se resumir à observação da realidade (problema) e teo-

rização, mas buscar hipóteses de solução e aplicação à realidade (prática), desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, individual e coletiva.

Os cenários de ensino, portanto, devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários<sup>19</sup>. A interação do estudante com a população e profissionais de saúde deve ser ativa, desde o início do processo de formação. Isto proporcionará ao estudante trabalhar os problemas reais, assumindo, assim, responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia<sup>19</sup>.

. Planejamento e processo de enfermagem: ***Sentimos a necessidade de fazermos planejamento com as equipes de PSF nas quais a gente está atuando, já pensando na integralidade, ele foi feito buscando junto à equipe quais os problemas que eles tinham na área.*** (Discurso sujeito 2)

***Objetivo geral: Planejar, implementar e avaliar ações de saúde junto a adultos, idosos e famílias, utilizando o processo de enfermagem completo (coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação), tendo como referência teorias de enfermagem, taxonomias de classificação da prática de enfermagem.*** (Plano de ensino sujeito 2)

O planejamento é definido, pelas enfermeiras docentes, como uma estratégia, objetivando a meta e o resultado desejado. Citaram dois tipos de planejamentos: de cuidado em saúde e da assistência de enfermagem.

Dos fragmentos das falas e do plano de ensino, identificamos perspectivas de planejamentos carregadas de intencionalidades. Destacam-se dois tipos de planejamento: normativo e estratégico-situacional (PES).

Segundo Matus<sup>20</sup>, existe uma diferença clara, entre o sujeito e o objeto, no planejamento normativo, sendo independentes; o primeiro pode controlar o segundo. Diferentemente, no PES, os sujeitos estão inseridos no objeto, fazendo parte da realidade planejada.

Qualquer que seja o tipo de planejamento, de gestão, cuidado à saúde ou assistência de enfermagem, todos os atores devem ser envolvidos no processo, inclusive a população. Através do processo participativo, o usuário “empodera-se” para a tomada de decisões e o estabelecimento de prioridades, buscando parcerias na resolução de seus problemas, na perspectiva de que os avanços no setor saúde ocorram articuladamente às possibilidades de transformação geral da sociedade, rumo à emancipação de todos os cidadãos<sup>21</sup>.

. Educação continuada: ***Vamos começar na semana de enfermagem a fazer um momento de educação e dei a programação para a diretoria de enfermagem. E as alunas me disseram que se sentiram a verdadeira enfermeira após a capacitação, porque todo mundo vinha perguntar e tirar dúvida. Então como ela se viu mostrando e ensinando as pessoas, se viu valorizando, até então ela não tinha percebido isso.*** (Discurso sujeito 3)

***Objetivo específico: Promover educação continuada da equipe em supervisão.*** (Plano de ensino sujeito 7)

Os sujeitos indicam a educação continuada como uma estratégia, para que os estudantes apreendam a concepção de integralidade do cuidado. Demonstram que a capacitação da equipe de enfermagem é papel do enfermeiro e que, nesse processo, ganha *status* e valor.

Contextualizando historicamente a Enfermagem, constatamos que os enfermeiros sempre ocuparam o papel de capacitar a equipe de enfermagem e administrar os processos de trabalho e de cuidado. Mas esse processo reproduzia os modelos de ensino tradicionais e autoritários, em que o professor era o detentor do saber e o educando, o receptor acritico das informações. Esse processo educativo mostrava-se mais massificante do que libertador.

Entretanto, o contexto atual, com transformações vertiginosas, aponta outros desafios à educação. A noção temporal de continuidade ganha cada vez mais sentido, diante da reconhecida transitoriedade do saber e das marcantes transformações no mundo do trabalho. Agrega-se a idéia de parceria entre instituições de ensino e serviços, impulsionando à reflexão sobre as formas de construção dos saberes profissionais envolvidos na construção de novas práticas de cuidado, elemento essencial para a reconstrução das práticas de ensino-aprendizagem e de atenção à saúde<sup>22</sup>.

. Promoção da saúde: ***Na disciplina de promoção da saúde, uma das coisas que eles fazem é conhecer organizações não-governamentais ou algum movimento social para que eles tenham uma visão mais ampla da rede em que pode estar inserido o ser humano, nesse processo de saúde e doença, de melhoria de qualidade de vida, de promoção da saúde como um todo, não importa onde ele esteja. Então, a visão que eu passo para o aluno, ela é maior. A integralidade é maior que o sistema de saúde tal qual ele está institucionalizado; se não fosse a promoção da saúde, eu não conseguiria fazer essa costura.*** (Discurso sujeito 4)

Os sujeitos ressaltam a importância do exercício da promoção da saúde nos cenários de prá-

tica, possibilitando a apreensão do Sistema de Saúde e das redes sociais em que os usuários estão inseridos. Todavia, ao que parece, a promoção da saúde como movimento contra-hegemônico na área saúde ainda é um ideal a ser construído na busca de direitos instituídos na Constituição Federal de 1988. É importante enfatizar que as práticas de promoção da saúde não devem ser desenvolvidas exclusivamente pela comunidade, na medida em que é dever do Estado garantir os direitos sociais.

. Técnicas de enfermagem: ***É a disciplina onde o aluno vai aprender os procedimentos que ele vai levar para o resto da vida profissional dele. Aprender a punccionar uma veia, aprender a passar sondas, aprender a diluir medicações, aprender a fazer curativos. Então, quer dizer, você aplica a questão teórica. Você cobra mais a prática, é o momento do aluno aprender a prática, a executar o procedimento. E para que ele melhore a habilidade, tem o laboratório onde a gente tenta fazer com que esse aluno participe, treinando as técnicas para quando chegar ao lado do paciente não tenha tanta dificuldade, não demonstre tanta insegurança.*** (Discurso sujeito 9)

O sujeito destaca a importância das técnicas de enfermagem para o desenvolvimento das habilidades psicomotoras e cognitivas do educando.

Segundo Almeida *et al.*<sup>23</sup>, na metade do final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o saber da enfermagem compreendia a capacidade de desempenhar tarefas e procedimentos, e o objeto da Enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente mas sim na maneira de ser executada a tarefa.

Constatamos na análise das DCN do curso de graduação em Enfermagem que a valorização da técnica ainda acontece, apesar das competências e habilidades exaltarem a saúde integral, reorientando o perfil quanto às necessidades e exigências do SUS. Percebemos que existe um paradoxo, visto que supervalorizam os aspectos técnicos e científicos em detrimento dos sociovalorativos<sup>24</sup>. Entendemos que, para a construção da integralidade do cuidado, é necessário desenvolver o aprender a aprender, fazer, ser e viver junto, sem supervalorizar quaisquer destes aspectos.

#### **Subcategoria das estratégias para a ensinagem: a construção de um novo ser profissional**

. Trabalho em equipe e multidisciplinaridade: ***E nesse grupo tinha aluno da promoção da saúde que é do segundo período, aluno do quarto período que é da saúde coletiva, aluno da fisioterapia e***

***o agente comunitário. Então, eles já ficaram traçando planos e eles vão trabalhar daqui até o final de setembro e início de outubro juntos, estão já trabalhando em equipe.*** (Discurso sujeito 2)

***Seleção e organização de conteúdos programáticos: Execução das diversas ações de enfermagem no trabalho em equipe.*** (Plano de ensino sujeito 7)

Os sujeitos apresentam o trabalho em equipe como uma estratégia para a construção de ações multidisciplinares nos cenários de prática.

A proposta do trabalho em equipe tem sido difundida como uma estratégia, para enfrentar o intenso processo de especialização, na área da saúde<sup>25</sup>, e o trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo, que se estrutura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas, e a interação dos atores das diferentes áreas profissionais<sup>26</sup>.

O trabalho em equipe apresenta-se como um grande desafio a ser concretizado, nas práticas de ensino e saúde, visto que o modelo hegemônico estruturante dos modos de ser e fazer compreende as ações individuais, tecnicistas, fragmentárias e centradas na lógica do capital. Em contraposição ao paradigma dominante, identificamos um movimento entre os sujeitos da pesquisa, com foco no trabalho em equipe multiprofissional, valorizando, exercitando as relações interpessoais na área de saúde e desenvolvendo projetos e planejamentos participativos.

. Inteligências intra e interpessoal: ***Não existe uma técnica para isso, na verdade o que eu tento mostrar é que ele se conheça primeiro como pessoa. Então nas minhas conversas todas, a gente vai trabalhando isso.*** (Discurso sujeito 1)

***Eu tenho procurado fazer com que ele entenda que ele é um ser que habita o mundo e que o outro que ele vai cuidar também é um ser que habita o mundo. E que muitas vezes esses mundos são mundos diferentes, têm visões diferentes e, por isso, o cuidar na integralidade do outro também é diferente da minha, porque se eu tenho uma concepção e o outro tem outra concepção, eu preciso saber a do outro, para que eu possa cuidar dele.*** (Discurso sujeito 10)

Os docentes enfatizam que o conhecimento de si mesmo (eu-comigo) leva ao conhecimento do outro (eu-tu) e esse processo leva a um maior aprendizado e apreensão da realidade, por parte do aprendiz e do sujeito a ser cuidado. Apresentam momentos vivenciados, no processo de ensino-aprendizagem, que desenvolvem as inteligências intra e interpessoais.

A educação deve, como nos orienta o relatório para a UNESCO, transmitir conhecimentos

sobre a diversidade da espécie humana e, por outro lado, levar as pessoas a compreenderem as semelhanças e interdependências nas relações engendradas, passando a descoberta do outro pela descoberta de si mesmo, possibilitando a atitude de empatia e o desenvolvimento de projetos de cooperação<sup>27</sup>.

. Ética e bioética: **Seleção e organização de conteúdos programáticos: Conceitos básicos de Ética, Moral, Direito e Bioética; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem/Legislação Trabalhista; Responsabilidade Ética legal do Enfermeiro; Ética e Bioética (Resolução 196/96); Bioética no começo da vida (Saúde da mulher e da criança, novas tecnologias reprodutivas, aborto); Bioética do fim da vida (Eutanásia, suicídio assistido, cuidados paliativos); Ética na situação de doação de órgãos/transplantes; Aspectos éticos no gerenciamento e qualidade da Assistência em Saúde Coletiva (O trabalho multidisciplinar. O Programa de Saúde da Família: prescrições e transcrições de medicamentos; solicitações de exames); Aspectos éticos no Gerenciamento e Qualidade da Assistência em Organizações Hospitalares; Ética Ambiental (Biossegurança).** (Plano de ensino sujeito 1).

**A questão ética com o paciente. Porque se eu for passar uma sonda vesical, eu estarei mexendo com o quê? Com os órgãos genitais, tanto masculino, como feminino. O respeito pelo paciente. A ética, não expor o paciente de qualquer maneira.** (Discurso sujeito 9)

Identificamos nos fragmentos duas tendências nos ensinamentos da ética e bioética: uma trabalha com os aspectos mais amplos da sociedade e a outra prioriza os comportamentos éticos na profissão.

O modelo tradicional de ensino da Ética nos cursos de graduação limita-se à discussão do código ou insiste na apresentação de modelos idealizados, reforçando a idéia de uma moral heterônoma, centrando-se no comportamento dos indivíduos. A ética profissional (deontológica) caracteriza-se pela moralidade do agente, enquanto que a bioética se refere à moralidade dos atos, reconhecendo que a complexidade dos dilemas e das relações sociais, de nosso tempo, não pode ser resolvida por meio de princípios absolutos, que desconhecem o contexto real.

Nos campos da ética e bioética, é necessário ultrapassar o ensino tradicional e inovar, contextualizando a partir das situações reais, para que o estudante apreenda a verdadeira aplicabilidade desses conceitos na construção da integralidade, na área de saúde. A Ética e Bioética aplicadas podem dar sentido à ética profissional impressa em códigos (comportamento e moralidade), que de-

vem ser seguidos para a formação de profissionais sensíveis, humanos, justos, solidários.

. Humanização da assistência: **Seleção de organização de conteúdos programáticos: Módulo II (Humanização da assistência pré-natal segundo recomendações do Ministério da Saúde; Humanização do recém-nascido de baixo peso – “Método Canguru”; Humanização da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal).** (Plano de ensino sujeito 6)

**Eu vejo que é muito importante entender que a humanização dá resolutividade ao problema da pessoa, naquele momento em que ela precisa. Então, quando você faz dessa forma, a pessoa se sente completa, ela sente que encontrou aquilo que buscava.** (Discurso sujeito 7)

Nos fragmentos da fala e do plano de ensino dos docentes, constata-se a reprodução da Política Nacional de Humanização (PNH) nas práticas de ensino e de assistência, muitas vezes sem efetiva crítica e contextualização socioeconômica e histórica. Para o sujeito 7, a humanização confere resolutividade aos problemas que envolvem a saúde e a doença dos indivíduos e confere sentido aos modos de ser e fazer do enfermeiro.

Aproximar as recomendações da PNH, para os processos de ensino-aprendizagem, exige dos educadores uma consciência crítica e reflexiva, para que as ações façam sentido para os aprendizes.

## Considerações finais

Este estudo se propôs a analisar as concepções de integralidade do cuidado e as estratégias de ensino, presentes entre os docentes de cursos de graduação em Enfermagem do Estado de Goiás.

As concepções dos sujeitos da pesquisa identificam-se com o ideal da construção da integralidade por meio da reorientação das práticas de saúde e da formação de recursos humanos. Entretanto, observamos contradições entre os discursos e as práticas de ensino, demonstrando a inviabilidade da prática da integralidade diante de ações normativas, uniprofissionais e tradicionais. Os educadores citam as resistências dos colegas, dos educandos, dos cenários de prática e suas próprias limitações como dificuldades na construção da integralidade do cuidado. Diante disso, acreditamos que a construção dos sentidos e práticas da integralidade, como um processo inacabado, exige permanentes investimentos pessoais e coletivos dos atores do processo.

A construção da integralidade no ensino e na prática não deve concentrar-se em ações pontu-

ais, verticalizadas e uniprofissionais, mas sim buscar o diálogo e a parceria permanente entre ensino, serviço e comunidade.

Neste sentido, também entendemos que devam ser valorizadas as contribuições das outras áreas do conhecimento, como as ciências humanas e sociais, na perspectiva de trabalhos transdisciplinares e transeoriais, enfatizando tecnologias leves (diálogo) e tecnologias leves duras (corpo de conhecimento das profissões).

Os projetos coletivos de cuidado à saúde devem desenvolver as ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, em nível individual e coletivo, de acordo com as demais instâncias do sistema de saúde e necessidades locais, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes.

Os processos de formação devem capacitar os indivíduos para as mudanças das bases cognitivas e materiais de seu trabalho e para o enfrentamento das novas demandas da sociedade, com vistas a aprender a aprender, fazer, ser e vi-

ver junto. Para tanto, é essencial utilizar pedagogias problematizadoras, capazes de transformar a realidade dos atores, inserindo-os e integrando-os no meio social.

A utopia da integralidade deve ser um princípio a ser perseguido, resistindo à lógica do capital e do modelo biomédico de saúde centrado no individualismo, na especialização, na tecnificação do trabalho, na atenção curativa e na concentração de recursos. A utopia deve ser um ideal orientado para a transformação da realidade presente e considerada como parte necessária e indispensável a uma proposta de mudança, uma vez que assinala os rumos da transformação a partir do real.

Cabe à enfermagem a reconciliação entre as atividades acadêmicas e o mundo do trabalho, trazendo significado à formação dos enfermeiros egressos/profissionais, buscando a superação das visões elitistas, mecanicistas e idealizadas, que desconsideram a complexidade e contradições das práticas concretas na área de saúde.

## Colaboradores

FR Santana participou da concepção, delineamento, coleta e análise dos dados, redação do artigo e revisão crítica. AYK Nakatani participou da concepção, delineamento, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica. RAMM Freitas participou da concepção, delineamento, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. ACS Souza participou do delineamento, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. MM Bachion participou do delineamento, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

## Referências

1. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª edição. Lisboa: Edições 70; 2004.
2. Brasil. Congresso Nacional. Lei Orgânica da Saúde. Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
3. Camargo Jr KR. As muitas vozes da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p. 11-15.
4. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p. 39-64.
5. Castro AG. *Contribuições ao estudo da integralidade da ação de saúde* [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1991.
6. Henriques RLM, Acioli S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004. p. 293-305.
7. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1): 63-72.
8. Xavier C, Guimarães C. Uma Semiótica da Integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004. p. 133-155.
9. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde* [site na Internet] 2004 [acessado 2004 ago 27]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_aprender\\_sus.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf)
10. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Quem somos nós [site na Internet] s.d. [acessado 2005 dez 20]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=2>
11. Brasil. Resolução CNE/CES n° 3 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União* 2001; 7 nov.
12. Brasil. Resolução CNS n° 196 de 10 de outubro de 1996. Resolve aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 10 out.
13. Almeida MCP. O materialismo histórico na pesquisa em enfermagem. In: *Anais do Seminário Nacional de Pesquisa*; 1985; São Paulo. p. 83-89.
14. Guimarães CM, Miranda TG. Enfermagem como prática social: determinantes sociohistóricos e engajamento profissional. *Estudos Goiânia* 2002; 29(5):1207-1235.
15. Germano RM. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. *Rev. Bras. Enferm.* 2003; 56(4):365-368.
16. Almeida C. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão, Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):207-220.
17. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante da luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p. 113-126.
18. Bordenave JD. Alguns fatores pedagógicos. *Revista Interamericana de Educação de Adultos* 1983; 3:1-2.
19. Brasil. Ministério da Saúde. *Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação; 2005.
20. Matus C. *O método PES: roteiro de análise teórica*. São Paulo: FUNDAP; 1996.
21. Ciampone MHT, Peduzzi M. Planejamento estratégico como instrumento de gestão e assistência. In: Ministério da Saúde. *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
22. Ribeiro ECO. Educação permanente em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 285-303.
23. Almeida MCP, Rocha JSY. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez; 1986.
24. Santana FR, Nakatani AYK, Souza ACS, Esperidião E. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem: uma visão dialética. *REE* [periódico na Internet] 2005 [acessado 2006 ago 22];7(3):[cerca de 7 p.]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7\\_3/original\\_06.htm](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_06.htm)
25. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saude Publica* 2001; 35(1):103-109.
26. Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
27. Delors J, organizador. *Educação: um tesouro a descobrir*. 8ª edição. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC/UNESCO; 2003.

Artigo apresentado em 15/10/2007

Aprovado em 27/06/2008

Versão final apresentada em 06/08/2008