

A universidade e a sua responsabilidade social na formação em enfermagem.

The university and its social responsibility in training in nursing.

La universidad y su responsabilidad social en la formación en enfermería.

Alexandra Angélica Marques¹
Denise Antunes de Azambuja Zocche²

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar se o Centro Universitário pesquisado está mobilizado para a mudança de modelo de atenção à saúde, no que diz respeito à formação dos enfermeiros, sob o princípio da integralidade da atenção. Para realizar este estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, foi constituído um grupo focal com seis acadêmicos de Enfermagem líderes de turma, evidenciando nos resultados a Unidade Básica de Saúde como espaço de criação para as práticas cuidadoras; porém, as dimensões da integralidade, a visão macropolítica da mesma e o entendimento da sua importância política como diretriz do SUS não foram mencionadas; entretanto, a identificação na fala dos acadêmicos quanto às práticas cuidadoras foi compreendida dentro do contexto da integralidade e da humanização

1 Acadêmica de enfermagem do 8º semestre do Centro Universitário Metodista do Sul- IPA. E-mail: xandamarques100@hotmail.com

2 Mestre em Enfermagem e coordenadora do curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista do Sul- IPA. E-mail: Denise.Azambuja@metodistasul.edu.br

do cuidado, mas as barreiras impostas pelos modelos seguidos pelas instituições de saúde são percebidas, nas experiências práticas, como moduladores de posturas profissionais e da assistência à saúde, o que faz com que sejam os grandes vilões na mudança das práticas em saúde.

Palavra-chave: Formação de Recursos Humanos, Atenção à Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study proposes to identify whether the researched University Center is mobilized to change the current system of health care, in regard to the training of nurses, under the principle of integrality care. To accomplish this descriptive-exploratory study with a qualitative approach, a focus group with six leaders of nursing students was created, where the results identified the Basic Health Unit as a space for the creation of caring practices. However, the dimensions of integrality and the macro political vision of the Unit and its importance as a guideline of SUS were not mentioned. Nevertheless, the interviewed showed an understanding of caring practices

within the context of integrality and of humanization of care. The barriers imposed by the models followed by health institutions are perceived in practical experiences as modulators of professional attitudes and of health care assistance turning it into the villain in the change of health practices.

Keywords: Human Resources Formation, Health Care, Single Health System.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo identificar si la búsqueda de la Universidad Centro es la movilización para el modelo de cambio de la asistencia sanitaria, en cuanto a la formación de las enfermeras, en virtud del principio de atención integral. Para llevar a cabo este estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo se realizó un grupo focal con seis estudiantes de enfermería de los líderes de la clase, mostrando en los resultados a la Unidad Básica de Salud como un espacio creado para las prácticas de cuidado, pero las dimensiones de la exhaustividad, macropolítica la misma visión y comprensión de su importancia como una guía política del sistema no se ha mencionado, sin embargo, la identificación de expresión y de los cuidadores prácticas académicas se entendía en el contexto de la integralidad y la humanización de la atención, pero siguieron las barreras impuestas por los modelos instituciones de salud son percibidos, las experiencias prácticas, tales como modulos y actitudes profesionales de la salud, que los convierte en los grandes villanos en la modificación de las prácticas de salud.

Palabras clave: Formación de Recursos Humanos, Atención a la Salud, Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

Em 2008, o Sistema Único de Saúde (SUS), completou 20 anos de assistência à saúde da população brasileira. Desde a sua criação, em 1988 na Constituição Federal, a saúde é assegurada como um direito de todo o cidadão na premissa da integralidade, universalidade e participação social, atribuindo-se ao SUS ordenar a formação de profissionais para atuarem na área da saúde ⁽¹⁾.

Na lei orgânica da saúde, a integralidade da assistência é reafirmada com a articulação dos serviços de maneira contínua nas ações de saúde, para a prevenção e cura do indivíduo e do coletivo, conforme as suas exigências e em todos os níveis de complexidade da assistência. Quanto à formação de recursos humanos para a saúde, cabe ao governo esse dever, além da formulação de políticas para a sua construção e desenvolvimento, sendo prevista a criação de comissões permanentes no sentido de integrar os serviços de saúde e as instituições de educação profissional e superior ⁽²⁾.

O controle social, por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), propôs caminhos para a consolidação do sistema de saúde articulada à formação profissional intervindo nesta formação, juntamente com o papel dos gestores na formação de recursos humanos com o comprometimento das entidades formadoras para produzir conhecimento para o SUS e, dentro da sua realidade, trazer a descentralização e regionalização dos processos de formação a

fim de formar profissionais com novos papéis para as exigências sociais. Reiterando, assim, a importância do controle social nos conselhos superiores das universidades, para que esta formação esteja direcionada para a realidade social conforme os princípios do sistema único de saúde, integrando ensino-serviço e controle social⁽³⁾.

A formação é um direito social e um dever do estado, e ela só produz sentidos quando se torna relevante para a sociedade, devendo estar direcionada às necessidades em saúde da população e do sistema de saúde. Porém, essa formação deve abrir espaços para o sistema de avaliação, regulação do estado e estratégias de mudanças, devendo estar adequada ao desenvolvimento do SUS e à sua consecução, acessível ao controle social por meio dos conselhos de saúde, conferência de saúde e conselho gestor, para que as instituições tragam qualidade e relevância social na mesma direção da reforma sanitária brasileira⁽⁴⁾.

A universidade desempenha um papel importante na formação de profissionais com reflexão crítica, orientada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional — (LDB)nº 9394/96 — que traz a educação vinculada ao mundo do trabalho e às práticas sociais. Na formação de nível superior, os diplomados nas diferentes áreas devem estar preparados para participar do desenvolvimento social do país, garantido a sua formação continuada. Assim, eles poderão entender os problemas específicos do Brasil relacionados à prestação de serviços à comunidade, em uma relação de vínculo e de promoção da participação da sociedade na extensão universitária, difundindo as conquistas e benefícios das pesquisas científicas e tecnológicas das instituições de

ensino superior⁽⁵⁾.

A LDB 9394/96 orienta a formação de nível superior para o desenvolvimento científico e o pensamento reflexivo, além de estimular o reconhecimento dos problemas do país e de cada região em uma relação de reciprocidade. Já as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), direcionam a formação na área da saúde, devendo estar orientadas para o interesse público de forma agregadora, e em consonância com as características locorregionais. A Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS) diz que a formulação de diretrizes curriculares deve priorizar as características epidemiológicas e demográficas das diferentes regiões do país, e também uma política que privilegie a formação de docentes direcionada ao SUS, garantindo recursos para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão⁽⁴⁾.

Há uma cobrança social para que haja maior comprometimento das universidades e dos profissionais nas questões sociais. No Brasil, as DCN das diferentes carreiras profissionais da saúde orientam um novo perfil profissional, visando à transformação das práticas dos trabalhadores da saúde. A formação na área da saúde orientada para as competências exige a relação entre academia e serviços de saúde, com responsabilidade e vínculo entre os atores envolvidos nesse processo, em uma linha de relação horizontal, solidária, ética, cooperativa, com uma postura ativa, reflexiva e crítica, direcionando a formação às necessidades sociais⁽⁶⁾.

A consolidação da formação dos profissionais segundo os princípios do sistema

é reafirmada recentemente através do Pacto pela saúde na Portaria/GM nº 399 de 2006, no qual é orientada e proposta a articulação de políticas e práticas a fim de induzir mudanças na graduação dos cursos da saúde, conforme as necessidades do Sistema Único de Saúde, pactuando com os demais gestores na mesma direção. ⁽⁷⁾

É preciso novos modelos de ensino para o entendimento da integralidade como parte construída durante a formação dos profissionais. Para isso, a educação deve ser integral e interdisciplinar para um agir e um olhar voltado ao ser humano considerado em suas peculiaridades ⁽⁸⁾.

O princípio constitucional da integralidade da atenção em saúde deve ser percebido por toda a comunidade acadêmica, e também compreendido dentro da formação em Enfermagem quanto a importância da integralidade nas ações e serviços de saúde. Sendo relevante que o processo de ensino-aprendizagem deva ser construído de maneira que a sociedade seja beneficiada com um cuidado à saúde de qualidade.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a pesquisa de campo exploratório-descritivo com abordagem Qualitativa.

Este estudo foi realizado no Centro Universitário Metodista do Sul — IPA, na cidade de Porto Alegre/RS, após a aprovação do Comitê de Ética da instituição de ensino, e as questões éticas foram respeitadas conforme a Resolução 196/96, referente à regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos.

Compuseram o cenário da pesquisa acadêmicos líderes de turma, com representatividade e escolhidos pelos seus pares, pertencentes ao 1º, 2º, 5º, 6º e 7º semestres do curso de Enfermagem, sendo dois homens e quatro mulheres, totalizando 6 participantes da pesquisa. O critério de inclusão da amostra foi estar matriculado no curso de Enfermagem no ano de 2010.

A ferramenta utilizada para a coleta de dados foi o tópico guia, que orientou a progressão das discussões desencadeadas dentro de um grupo focal composto por acadêmicos de Enfermagem representantes de turma, além do pesquisador moderador do grupo proposto. Três tópicos guias orientaram as discussões do grupo: *O que vocês entendem por integralidade da atenção à saúde? A integralidade é percebida em sala de aula e nos estágios? Como enfermeiros como vocês aplicarão a integralidade da atenção à saúde?*

A técnica utilizada para a análise de dados foi a Análise Temática. As três etapas para análise foram seguidas: 1ª - Pré-análise, 2ª - exploração do material e 3ª - tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

As ferramentas utilizadas para enriquecer a discussão foram música e *slides* com imagens de situações diversas da área da saúde e da educação.

As falas foram identificadas com nomes populares de borboletas típicas do Brasil e com o semestre que o participante está cursando, mantendo, assim, o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa, a fim de preservar a privacidade dos entrevistados.

Após a realização do Grupo Focal, o primeiro passo foi transcrever as falas. Após leitura exaustiva e exploração dos sentidos emergidos das falas, surgem as três categorias, que compreendem: 1 – *O entendimento sobre a integralidade da atenção à saúde*, 2 - *A Percepção da integralidade nas ações práticas de ensino e de formação*, 3 - *A aplicabilidade da integralidade da atenção à saúde pelo enfermeiro*.

O ENTENDIMENTO SOBRE A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

O grupo ficou a maior parte do tempo discutindo o conceito, e, pelas falas, nota-se a presença de uma noção de integralidade, mas no que tange à integralidade da atenção em uma macropolítica, ela não é percebida, e ainda menos como uma diretriz do SUS, pois não houve menção ao sistema.

Perceber, sentir e produzir saberes sobre as práticas de ensinamentos orientadas pela integralidade exige a crítica e a vontade de vivenciar novas possibilidades de criação e experimentação, entendendo a integralidade nas práticas de educação em saúde como um processo em construção que envolve o indivíduo, o encontro dele com o outro, as singularidades e o conhecimento formal, e que está envolvida na transformação de um saber hegemônico histórico. A integralidade em saúde constrói saberes e práticas com potência de transformação e superação dos modelos de ensino e dos serviços de saúde centrados somente nos procedimentos e nos quadros fisiopatológicos, em que as doenças são descritas apenas como eventos biológicos⁽⁹⁾.

Castanha-vermelha(2): Integridade [Integralidade], pra mim não foca só aquela doença ruim, não é só aquilo, tu tem a tua vida, a tua família, o econômico, integridade não é só o problema da patologia, é o teu corpo, tua alma, isso faz parte, a tua vida, tanto fora da instituição onde tu estás hospitalizado, como um caso social, cultural [...]"

A fala acima compreende a integralidade da atenção à saúde com um olhar que supera aquele que contempla apenas a doença, ampliando esse olhar para além do corpo adoecido e entendendo as relações sociais e de subjetividade que estão envolvidos no processo da vida. Apreendemos dessa fala que o incômodo com as práticas profissionais duras nos apresenta a integralidade como um instrumento de mudança para os modelos de atenção na saúde.

Para vivermos a experimentação do ensino da integralidade, precisamos trabalhar na alteração dos padrões da subjetividade hegemônica, incomodando-nos com os atos duros da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora⁽⁹⁾.

Na próxima transcrição a percepção da rigidez profissional na sua atuação em saúde, e a demanda necessária da integralidade e humanização destes atos no cuidado em saúde, transparece dentro da formação na graduação. Essa “rigidez”, diríamos que imposta pela gestão dos serviços e pelos modelos absorvidos pelos profissionais da saúde, limita a Humanização e a Integralidade do cuidado e da atenção à saúde, promovendo atitudes isoladas de alteridade entre o profissional sensibilizado e o usuário nos serviços de saúde.

MANACÁ (2): “[...] muito trabalhada agora em sala de aula, que com o tempo o profissional se torna mais duro e rígido, é devido a tantas tragédias que o profissional perde esta integralidade, a humanização que tu tem que ter na hora de amparar, não só o paciente com uma palavra, como o familiar que está ali do lado.”

As relações entre os sujeitos nos serviços de saúde estão imersas em forças externas com a ausência de interação, em uma relação fria, tecnicista, objetiva, procedimento-centrada, no modelo biologicista, em que o poder do saber formal prescreve formas de atendimento, criando um profissional moldado. Porém, percebe-se que profissionais da mesma categoria têm a sua atuação diferenciada dentro do mesmo contexto de atenção à saúde, em um trabalho vivo, resistindo aos modelos impostos da ordem profissional e das condições de trabalho⁽¹⁰⁾.

A resistência ficou evidenciada na fala a seguir, quando há atitudes no encontro entre os sujeitos centradas no cuidado humanizado, permitindo que a atenção à subjetividade aflore e se torne um grande diferencial no cuidado prestado, configurando a solidariedade ao sofrimento do ser; quando perceber o “olhar do fundo da tua alma para o outro” e não somente olhar, destaca a sensibilidade em perceber as necessidades do usuário que não necessariamente se reportam para o corpo adoecido e sim para a alma adoecida, em um processo de escuta, acolhimento e de integralidade do cuidado.

MONARCA (7): “Eu trabalho em uma unidade oncológica e às vezes tu não precisa falar nada, só o gesto de tu pegar a mão do familiar ou do paciente e olhar pra ele, mas, olhar! Não é simplesmente olhar

pra dentro do olho. Tu olhar do fundo da tua alma pra o paciente ou para o familiar, ele sabe o que tu tá querendo!”

A Humanização é uma política entendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, sendo esses, os usuários, profissionais da saúde e gestores. Norteada por valores como autonomia, protagonismo dos autores com corresponsabilidade e vínculo solidário, e gestão participativa. A política de humanização surgiu como estratégia transversal aos princípios do sistema, visando, entre ao que já foi citado, à identificação das reais necessidades de saúde da população, a melhoria da ambiência e a mudança dos modelos de atenção e gestão nos processos de trabalho⁽¹¹⁾.

A transversalidade da integralidade da atenção e a humanização da produção em saúde proporcionam a visibilidade dos meios para agir em saúde, de maneira a alterar as práticas de saúde com a educação da saúde (nova geração de profissionais), com a participação social (movimentos da sociedade), e não somente com o formato gestão e atenção em saúde⁽¹⁰⁾.

Castanha-vermelha (2): “[...] eu não conseguia medicar meus pacientes mais, como é que eles dormem? eu combinei, eu fiz regras com eles, eu converso muito, tenho muita paciência, então eu chego e a primeira coisa que eu faço eu pego o meu plantão, fecho o meu posto e começo a perguntar como é que foi o dia, começo a saber tudo, claro que eu tô vendo quem está mais ansioso ou não, quem está mais ansioso, ao invés de medicar, eu converso para ver o porque que tá ansioso[...]. O que eu quis dizer com a minha fala é que a integralidade faz parte de tudo, com um paciente psiquiátrico drogadito eu iria

medicar, sedar e eu não iria querer tratar ele como um todo [...].”

Essa fala reporta às práticas usuário-centradas, em que o profissional da saúde permite a sua abertura às sensações, entrando em contato com a alteridade e a integralidade, orientando o cuidado pelas sensações do outro, entendendo a coexistência necessária entre o saber científico e o saber popular, e entre os procedimentos técnicos convencionais e os procedimentos complementares não convencionais. Destacando os serviços de saúde como cenário vivo, onde atores da sociedade atuam gerando diferentes percepções sobre a demanda e oferta na saúde ⁽⁹⁾.

A micropolítica se contrapõe à racionalidade hegemônica; sendo a força dos minoritários, no combate à resistência do saber-poder-desejo hegemônico; abrindo espaços de inovação do ser-existir-agir, criativo, em ato, nos processos de trabalho, territórios de ser são criados, rompendo resistências, ofertando acolhimento, dimensionando a produção dos seres, e não somente o registro de assistências ⁽¹⁰⁾.

A percepção da integralidade do cuidado é entendida a partir das práticas em saúde em encontros de intensa troca de diferentes conhecimentos, ficando evidente a importância dos diferentes campos da área da saúde como território fértil para a produção de práticas cuidadoras. As práticas cuidadoras usuário-centradas entram com força na ruptura das práticas medicalizadoras, protocolares, duras, que distanciam o cuidado das necessidades reais do usuário percebidas no encontro dado entre os sujeitos em que práticas eficazes acontecem no dia a dia, entre os sujeitos.

A PERCEPÇÃO DA INTEGRALIDADE NAS AÇÕES PRÁTICAS DE ENSINO E FORMAÇÃO.

Esta categoria evidenciou a noção de integralidade na formação do curso de Enfermagem, o conceito explicitado nas práticas dos estágios em diferentes cenários da saúde, suas dimensões e seu caráter político como uma das diretrizes do SUS não foram mencionadas dentro da formação em saúde. Práticas voltadas para a atenção integral foram citadas em relação à UBS (Unidade Básica de Saúde), sendo reconhecida essa área como um campo de atuação fértil para a consolidação do cuidado e da atenção integral. A relação ensino-prática se esbarra na realidade dos serviços e nos desafios da aplicabilidade da atenção integral, visto os modelos institucionalizados na gestão e nas práticas dos profissionais dos serviços de saúde. Reconhecendo este como um dos grandes embates para a transformação das práticas, exigindo a resistência ou o domínio perante as forças de poder que nos limitam.

Como explanado nas falas abaixo, a Integralidade é um conceito identificado por três diferentes sujeitos da pesquisa.

PAPÍLIO (6): Este conceito é falado diariamente!

MONARCA (7): Diariamente é só o que falamos!

CASTANHA-VERMELHA (2): “Eu vejo desde o primeiro (semestre) de Fisioterapia, já via em Fisioterapia a integralidade em relação à saúde; desde o primeiro em Enfermagem, no segundo vejo muito, todo o tempo. **Muda todo o pensamento [...].**” (Grifo Nosso).

A integralidade nas práticas de ensino da área da saúde delinea um processo de construção que envolve o sujeito e os sujeitos, abrange o conhecimento e as sensações, e considera a produção e transformação de saberes e práticas historicamente conhecidas. A transformação dessas práticas requer a produção de conhecimento embasado nos saberes e práticas do ensino da saúde direcionadas para a integralidade ⁽⁹⁾.

Tendo em vista a desarticulação do ensino superior com as práticas integrais, há um grande desafio na construção da integralidade do cuidado, pois implica em rever conteúdos e programas nos cursos de graduação, permitindo, no processo ensino-aprendizagem, a vivência dentro da realidade do aluno e da sociedade na rede progressiva de cuidados nos seus níveis de atenção, direcionado para a perspectiva da integralidade dos sujeitos e da atenção ⁽¹³⁾.

Dar sentidos relevantes à formação de pessoas inseridas no processo de construção do seu saber para responder às necessidades de saúde da população orientada pelas políticas e princípios do SUS, desafia as instituições de ensino superior a não somente falar sobre o assunto, mas a inserir a conscientização da importância e relevância social da atenção integral à saúde como caminho para consolidar um sistema que desejamos ser o como ideal. O princípio da integralidade está sendo percebido em sala de aula com potencial de transformação das pessoas envolvidas, pois, como expressa a fala de castanha-vermelha [...] *“muda todo o pensamento”!*

Novamente nesta próxima fala há a dificuldade de transformar os sujeitos

envolvidos na assistência à saúde, sendo que as práticas cuidadoras estão entendidas dentro do contexto da integralidade e da humanização do cuidado, mas as barreiras impostas pelos modelos seguidos nas instituições de saúde são constatadas pelos acadêmicos já nas experiências práticas como moduladores de posturas profissionais e de assistência à saúde, tornando tais modelos os grandes vilões na mudança das práticas em saúde.

MONARCA (7): “Eu penso o seguinte, porque no momento que tu está ali, no estágio, o professor tem uma linha e tu estás sendo avaliado por aquilo, e quando tu vai trabalhar em uma instituição, a instituição já tem outra, entendeu. Então tu tenta seguir pela instituição pelas normas da instituição, então é por isso que muitas vezes as pessoas mudam o comportamento, não que ela tenha mudado, é que a instituição fez que tu mudasse.”

Os modelos de atenção à saúde vividos hoje negam a diversidade, atribuindo sentidos unificadores e repressivos em suas ações instrumentais ou estratégicas, nas quais o saber e o fazer moldam-se nesse contexto. Assim, inversamente a esse sentido, o autor entende esse modelo como a possibilidade de diálogo entre as perspectivas práticas de interesse comum, visto que a diversidade é aqui percebida como tensão produtora de indicadores entre as diversas tecnologias; interessada no crescimento mútuo e simultâneo com base nas diferenças ⁽¹⁴⁾.

Uma das dimensões da integralidade é a capacidade de resposta ao sofrimento do sujeito, advindo da demanda espontânea do serviço, articulando procedimentos preventivos, sendo esse o resultado de processos de trabalho

que ofereçam resolutividade para além do sofrimento demandado da população, compreendendo o contexto individual em cada encontro entre os profissionais da equipe e as pessoas, identificando, a partir do conhecimento técnico, as necessidades de prevenção e assistência, planejando um plano de ação no contexto de cada encontro ⁽¹⁵⁾.

A seguir a Atenção Básica é referida dentro do contexto da formação, como um espaço criativo de práticas integrais do cuidado.

ROSA-DE-LUTO (5):” Por exemplo, em um estágio que eu tive com a (Prof^a), lá na Restinga, a gente tinha aquela coisa [...] a gente ligava “já está vindo? A gente perguntava tudo, como é que é a casa? Aquela cultura voltada para a parte da integralidade mesmo. Ela vinha para uma cultura de CP (citopatológico), mas a gente queria saber mais coisas para ver se podia ser uma coisa a mais além daquilo que ela veio fazer. Daí, tu vias aquela diferença do consultório ao lado, em que o médico ia lá e receitava a medicação [...].”

A atenção básica desenvolve ações de saúde para a promoção, proteção e manutenção da saúde, desenvolvidas com a participação social para uma comunidade adscrita em um determinado território, utilizando tecnologias de elevada complexidade e de baixa densidade, devendo ser resolutiva nas necessidades em saúde de maior frequência e relevância em sua abrangência territorial, considerando o sujeito em sua singularidade e complexidade, na integralidade e no seu contexto social e cultural ⁽¹⁶⁾.

A vivência das possibilidades da atenção integral do cuidado na rede básica possibilita uma formação em saúde que colabora para a

mudança de modelos de atenção na saúde, abrindo novos caminhos e possibilidades de um cuidado acolhedor, com vínculo e responsabilidade da equipe de saúde para com a comunidade. Tal mudança rompe com o cuidado centrado na queixa e permite o encontro com o sujeito para que se possa escutá-lo e resolver efetivamente as suas necessidades.

Na ilustração a seguir a noção da integralidade do cuidado interage com a da atenção integral à saúde. Havendo uma noção da necessidade dos serviços de se adaptar as necessidades do usuário, e do mesmo possuir suas redes em saúde firmadas, sendo possível, a partir disso, consolidarem-se raciocínios críticos sobre as necessidades de mudança tanto na formação quanto nos serviços e formas de cuidar dos profissionais da saúde.

PAPÍLIO (5): “[...] tu tem que abordar bem mais do que aquelas coisas imediatas; de tentar explicar de uma medicação se a pessoa tem condições de saber como vai ser administrada [...], se interar um pouco mais da vida dessa pessoa e do paciente hospitalizado com a família, se vai ter condições de aderir ao tratamento [...], se haverá uma continuidade para sinalizar no serviço se não vai haver condições de aderir ao tratamento [...] adaptar o serviço para essa pessoa. Tentar observar tudo.”

Há o desafio da comunidade docente em pensar um novo ensino, com o objetivo principal de compreender criticamente a realidade de saúde, e a interrogação sobre a resolutividade das respostas das nossas práticas na intervenção positiva no processo saúde-doença, com acolhimento e respeito ⁽⁹⁾.

Esse desafio compreende, nas experiências de ensino, o desenvolvimento da capacidade de escuta, respeito às diversidades humanas e suas singularidades culturais e sociais, entendendo o processo saúde-doença como vivência e não como história natural, e a possibilidade de seguir caminhos que transformem a atenção e gestão em saúde, sendo tarefas desafiadoras de disputa pelas práticas cuidadoras e pela integralidade ⁽⁹⁾.

Nessa fala, quando se aborda um cuidado que envolve saber sobre a vida da pessoa e da família, se vai haver adesão e continuidade ao tratamento, para sinalizar o fato ao serviço de saúde; o estudante reafirma possibilidades de caminhos possíveis, contrapondo-se ao cuidado tecnicista e desumanizado e reafirmando o cuidado do encontro, do respeito e da responsabilidade com o sujeito assistido.

“[...] adaptar o serviço para essa pessoa. Tentar observar tudo”, inverte a realidade vivida hoje nos serviços, em que normas rígidas são seguidas de modo a impossibilitar a criatividade de possibilidades para a atenção e o cuidado integral à saúde, flexibilizando o serviço para as necessidades dos usuários e não enrijecendo a assistência com normativas que descaracterizam as práticas usuário-centradas.

A APLICABILIDADE DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE PELO ENFERMEIRO.

Após todo o debate realizado sobre o tema proposto, esta terceira e última categoria foi contextualizada e explanada para o GF (grupo focal), com a intenção de compreender se é possível aplicar a integralidade nos serviços de saúde e com a expectativa de

colher dados sobre estratégias de cuidados para a integralidade da atenção. Esta discussão foi bastante sucinta em relação às outras.

A diretriz curricular do curso de Enfermagem contempla o cuidado assegurado pela integralidade e humanização da atenção dentro das necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS. A inter-relação entre o conhecimento e a prática segue como o grande impasse, pois métodos de ensino que transmitem e treinam não crescem no talento artístico de cada profissão. Nos currículos, os alunos se apropriam primeiramente da teoria fragmentada, para depois relacioná-la com a prática. E entender a realidade e compreender as práticas cabe ao aluno: é o desafio de encontrar um meio integrador das disciplinas e conteúdos, pois estes se mostram separados, fragmentando e isolando o conhecimento, contribuindo para a descontextualização e desconstrução do cotidiano daqueles que deveriam ser o foco da comunidade acadêmica da saúde, o usuário e seus direitos e a sociedade em sua complexidade ⁽⁹⁾.

Com a intenção de provocar iniciativas inovadoras no cuidado e na atenção à saúde no eixo da integralidade, o debate foi direcionado para a discussão de estratégias na atuação profissional como enfermeiros na assistência à saúde. Inversamente à expectativa dos pesquisadores, o grupo se mostrou bastante inseguro e um tanto perdido em suas discussões sobre o tema, demonstrando o desafio que as instituições de ensino superior possuem em qualificar sujeitos preparados para atuar na realidade do sistema de saúde do país e das reais necessidades em saúde da população, na mesma direção das políticas públicas de saúde. Esse desafio está posto ao acadêmico que,

durante a sua formação, constrói expectativas e adquire conhecimentos para atuar no mercado de trabalho, sendo que durante as vivências práticas, diversos conflitos que se opõem à aplicabilidade de atitudes e estratégias para a integralidade na saúde se confrontam com um sistema, e com profissionais organizados em modelos que impedem práticas e estratégias que respeitem o cuidado humano dentro dos princípios e diretrizes do SUS.

CORUJA (1): “Eu acredito que tem que ser adaptável: eu não vou querer exercer a integralidade no caso do HPS, pronto-socorro que eu tenho que ser rápido [...] tem que cuidar de várias pessoas.”

O entendimento do pensamento deste acadêmico do 1º semestre do curso de Enfermagem nos reporta a perceber, a relação do currículo nas disciplinas iniciais e dos métodos de ensino-aprendizagem com a formação desenvolvida pelo sujeito, como referido a seguir.

Nos currículos dos cursos de graduação na saúde, as primeiras disciplinas, as biológicas (Anatomia, Fisiologia), são ministradas antes que o aluno compreenda o processo saúde-doença, o estudante manipula o corpo morto, seus músculos, contrário aos afetos e implicações do viver. Muitos cursos formam a partir de um corpo inerte, descontextualizado da vida, sendo que existem inúmeras outras possibilidades. Em muitas situações, somente ao final do curso o aluno vai vivenciar o corpo vivo, em estágios supervisionados e internatos. Quem perde é o usuário, que vai receber um atendimento pautado em práticas da dissecação do corpo e sistemas orgânicos, pois é esse o conhecimento transmitido nos primeiros anos de formação acadêmica ⁽⁹⁾.

Antes mesmo de o estudante de Enfermagem estar inserido como sujeito dentro da comunidade acadêmica, ele é um cidadão, que faz parte de uma sociedade estruturada em modelos que direcionam conceitos. A mudança desses conceitos adquiridos por ele na sua trajetória como indivíduo na sociedade é o primeiro passo para transformar preconceitos que dificultam o entendimento de diferentes caminhos para um mesmo fim: a atenção à saúde do usuário. A próxima fala se insere no que os autores trazem, pois este aluno pertence ao primeiro semestre do curso de enfermagem, em que a formação está distanciada das práticas para o entendimento da integralidade, devido aos currículos e métodos pedagógicos desintegrados e distanciados da realidade social e das políticas que orientam a formação superior na saúde.

A fala de “monarca”, do 7º semestre, direciona-se à descontextualização quanto ao tema proposto para a discussão, explicitando a dificuldade em associar a teoria com a prática durante a sua formação acadêmica, ou demonstrando o quanto é desafiador romper paradigmas históricos, e que para transformar é necessário mobilizar e sensibilizar sujeitos e seus pensamentos.

MONARCA (7): “[...] eu, como enfermeira, iria montar um grupo voluntário. Hoje vamos na casa do fulano prestar atendimento, não tem material, vamos comprar do nosso bolso, eu tenho certeza que aí, com o passar do tempo, mais gente se envolveria no grupo e aí a coisa iria funcionar!”

A Enfermagem tem em seus primórdios históricos a caridade como forma de doação para o cuidado ao enfermo, estando intimamente

ligada às religiosas que prestavam esse serviço aos desassistidos socialmente, sendo inspirada pela igreja cristã, e influenciando a formação da percussora da Enfermagem profissional, Florence Nightingale⁽¹⁷⁾.

As dificuldades permanecem evidenciadas nos relatos abaixo.

PAPÍLIO (5): “[...] a enfermeira tem o serviço dela, ela vai ter muitos pacientes para ver também.”

PAPÍLIO (5): “Mas daí a enfermeira vais estar deixando o serviço dela de assistir vários pacientes... a questão é a integralidade dentro do teu trabalho, como é que tem que ser isto, entendeu [...] porque, na verdade, o que preconiza os serviços é dar continuidade ao tratamento”.

PAPÍLIO (5): “**É uma semente que está sendo plantada para o futuro, o (*) está fazendo o papel dele e nós vamos tentar mudar [...].**” (grifo nosso).

* Centro Universitário privado.

O modelo hegemônico tem como característica as ações profissional-centradas, em que tecnologias invasivas e protocolares, as tecnologias duras ou leve-duras, nas quais o saber-poder é de domínio do profissional da saúde. Modos efetivos de atuação na saúde têm demonstrado resultados positivos na atenção, como: a humanização do cuidado, a integralidade, o acolhimento como rede de conversação, a atenção integral como escuta à vida, entre outras iniciativas que substituem as modalidades hegemônicas, muitas vezes desvinculadas dos ordenamentos profissionais e do trabalho, gerando a resposta às necessidades em saúde dos usuários⁽¹⁰⁾.

Outra característica da atuação do enfermeiro é o acúmulo de funções administrativas e assistenciais. Em unidades assistenciais, o profissional despende 52% do seu tempo em atividades administrativas e 35% na assistência, enquanto na atenção básica esses dados equilibram-se, sendo gastos 49% do seu tempo com atividades administrativas e 41% para a assistência. Conseqüentemente, os enfermeiros que acumulam funções podem desenvolver, na prática, desgaste, insatisfação e atitudes que geram a indefinição da sua atuação profissional. Do enfermeiro é exigido, pelas instituições de saúde, o gerenciamento além das suas atribuições na assistência, além do atendimento às suas necessidades pessoais, cabendo a todos discutir sobre as condições de trabalho em que o enfermeiro atua e a necessidade de foco para o seu objeto principal de trabalho⁽¹⁸⁾.

A explanação dessas últimas falas desabafa o sentimento de sobrecarga de atividades pertinentes ao enfermeiro, impossibilitando a visualização pelo acadêmico de uma nova atuação criativa em espaços singulares de trabalho, quando indaga: “[...] *a questão é a integralidade dentro do teu trabalho, como é que tem que ser isto, entendeu [...]*”, ele esbarra, tendo todo o seu conhecimento construído dentro da sua formação, com a realidade dos serviços e das práticas da sua futura profissão, em um contexto em que o desejo de atuar dentro das políticas do SUS, aplicando e recriando práticas diferenciadas do cuidado, disputa com o modelo que limita uma atuação profissional humanizada, acolhedora e direcionada a uma prática efetiva da atenção integral à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa, concluímos que o dever social do Centro Universitário de transformar os modelos de atenção à saúde conforme as políticas orientadoras da saúde e da educação, tem se efetivado parcialmente neste curso. A integralidade da atenção é percebida nas aulas teóricas durante a formação em enfermagem, porém, as suas dimensões e o seu contexto político não são explanados claramente.

Mas a associação desta diretriz do SUS com as práticas durante a formação emergiu nas falas em associação com as práticas cuidadoras, destacando a importância da associação da realidade dos serviços e da sociedade com o conhecimento adquirido durante a trajetória de formação na área da saúde; demonstrando assim, o desafio dessa instituição em formar profissionais com o entendimento claro sobre a integralidade da atenção a saúde e as suas dimensões e possibilidades dentro dos serviços de saúde. Esta instituição de ensino superior tem possibilitado diferentes cenários de aprendizado e disciplinas focadas na atenção à saúde e no cuidado em enfermagem, pautados nos usuários do sistema de saúde, nas suas necessidades de saúde, e não somente de doença.

Entre os cenários de prática da integralidade, ficou claramente identificada que os cenários de aprendizagem experienciados na atenção básica como espaço rico e expressivo para as práticas voltadas para a integralidade da atenção a saúde, no qual o olhar ampliado sobre o contexto saúde- doença propicia o encontro com o sujeito.

Assim sendo, fica a sugestão que mais pesquisas voltadas à formação em saúde sejam fomentadas para que possam vir a contribuir para o debate da mudança na formação e para a mudança dos processos de trabalho em saúde, a fim de que efetivamente consigamos implementar um sistema de saúde que oriente-se pela atenção integral à saúde como uma diretriz, e como um princípio, mas antes de tudo em respeito ao direito de todo cidadão brasileiro; o direito à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [constituição na internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 21 set 2002]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
2. Brasil. Lei n. 8.080, de 7 de Setembro de 1990 [legislação na internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1990. [acesso em 21 set 2008]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
3. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva* 2002; 2(7): 373-383.
4. Ceccim RB; Fuerwerker LCM. O Quadrilátero da formação para a área da saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2004; 1(14): 41-65.
5. Brasil. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura.
6. Lima VV. Competências: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface- Com., Saúde, Educ* 2005; 17(9): 369-79.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [portaria na internet]. [acesso em 21 set 2009]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

8. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev. Esc. Enferm USP 2008; 1(42): 48-56.
9. Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO; 2006. p.336.
10. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface- Com., Saúde, Educ. 2009; 13Suppl 1:531-42.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: HumanizaSus. Ministério da Saúde, Brasília (DF). 2004.
12. Panizzi WM. Universidade para quê? Porto Alegre, RS: Libretos; 2006. 64 p.
13. Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. Rev. Bras. Enferm 2006; 4(59): 488-91.
14. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Rev. Saúde e Sociedade.2009; 18 suppl.2: 11-23.
15. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública 2004; 5(20): 1411-1416.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (Pactos Pela Saúde,6).
17. Padilha MI, Mancia JR. Florence Nighthale e as irmãs de caridade: revisando a história. Rev. Bras. Enferm 2005; 6(58): 723-6.
18. Barbosa GJA, Fertoni HP, Schochi MJ, Mathias TAF. O enfermeiro no processo de trabalho em saúde: conhecendo e discutindo sua prática. Arq. Apadec 2004;(8).

Artigo apresentado em: 12/12/10

Aprovado em:15/03/11