

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHÃ E MUCURI

Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde

Maria Cristina Venâncio da Silva

**GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E EM MEDICINA: Formação na perspectiva da
integralidade da assistência**

DIAMANTINA-MG

2016

Maria Cristina Venâncio da Silva

**GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E EM MEDICINA: Formação na perspectiva da
integralidade da assistência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tamar Kalil de Campos Alves

DIAMANTINA-MG

2016

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

S586g Silva, Maria Cristina Venancio da
 Graduação em enfermagem e em medicina: formação na perspectiva
 da integralidade da assistência / Maria Cristina Venancio da Silva. –
 Diamantina, 2016.
 71 p.

 Orientador: Tamar Kalil de Campos Alves

 Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação
 em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do
 Jequitinhonha e Mucuri.

 1. Saúde. 2. Ensino. 3. Integralidade da assistência. I. Título.
 II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 378.15

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

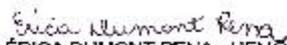
MARIA CRISTINA VENANCIO DA SILVA

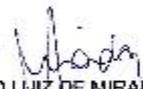
**GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E EM MEDICINA: FORMAÇÃO NA
PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA**

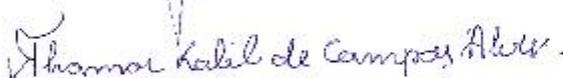
Dissertação apresentada ao
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
EM ENSINO EM SAÚDE, nível de
MESTRADO como parte dos requisitos
para obtenção do título de MAGISTER
SCIENTIAE EM ENSINO EM SAÚDE

Orientador : Prof.ª Dr.ª Thamar Kalil De
Campos Alves

Data da aprovação : 30/08/2016


Prof.ª ÉRICA DUMONT PENA - UFMG


Prof.Dr. JOAO LUIZ DE MIRANDA - UFVJM


Prof.ª Dr.ª THAMAR KALIL DE CAMPOS ALVES - UFVJM

DIAMANTINA

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai da sabedoria, pela possibilidade de ampliar os meus conhecimentos e por colocar pessoas tão especiais em meu caminho;

À Maria Lúcia, minha mãe, minha eterna gratidão pelo amor incondicional e pelo apoio presente em todos os momentos;

À Thamar Kalil, minha orientadora, pela sensibilidade, paciência e competência profissional em instigar um aprendizado reflexivo; pelas meigas palavras de incentivo e apoio;

Ao Wellington Oliveira, por compartilhar seu conhecimento de maneira tão simples e ao mesmo tempo eficaz;

Aos professores do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde e aos colegas de turma por compartilhar experiências e conhecimento;

À UFVJM pelo apoio institucional e financeiro;

À todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a concretização deste estudo.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar, de acordo com as propostas norteadoras do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, a maneira como o princípio da integralidade, estabelecido pelo SUS, está contemplado nos Projetos Político-Pedagógico dos cursos de graduação em Enfermagem e em Medicina na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri–UFVJM, campus Diamantina-MG. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de enfoque qualitativo, em que se adotou o delineamento de pesquisa bibliográfica e documental, com a análise do Projeto Político Pedagógico (PPP), das Matrizes Curriculares e dos Planos de Ensino das disciplinas dos referidos cursos. Foram analisados os PPP's dos cursos de Enfermagem e de Medicina. As categorias analisadas foram objetivo do curso, perfil do egresso e organização curricular. Os resultados apontam que os currículos seguem as orientações das políticas públicas quanto à importância do ensino em saúde pautado no cuidado integral, especialmente no que se referem às categorias objetivo do curso e perfil do egresso. Quanto à organização curricular, tem se verificado, através da análise das ementas e dos planos de ensino, que o ensino em saúde tem possibilitado a abordagem da integralidade da assistência durante o transcorrer do curso. Conclui-se assim, que tal princípio se faz presente nos currículos, apesar de, em alguns momentos, apresentar-se de maneira implícita. Compreende-se que as disposições das disciplinas, quanto aos aspectos biológicos, éticos, humanos e sociais têm possibilitado uma articulação interdisciplinar, o que remete a um ensino mais comprometido com a assistência integral.

Palavras-chave: Saúde; Ensino; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze, according to the guiding proposals of the Ministry of Education and the Ministry of Health, the way that the principle of comprehensiveness established by SUS, is included in the political-pedagogical projects of undergraduate courses in Nursing and Medical courses at Federal University of the Jequitinhonha and Mucuri Valleys–UFVJM, campus at Diamantina-MG. This is a study of descriptive, exploratory and qualitative approach, in which it was adopted the bibliographic and documentary design, with analysis of the Pedagogic Political Project (PPP), Curriculum Matrix and teaching plans of the subjects of these courses. PPP's of Nursing and Medical courses were analyzed. The categories analyzed were the objective of the course, graduate profile and curricular organization. The results show that the curriculums follow the guidelines of public policies on the importance of health education based on integral health care, especially as regards the aim categories of the course and egress profile. Regarding the curriculum organization, it has been found by the analysis of menus and teaching plans that health education has enabled the approach to integrality of health care during the course. It follows therefore that this principle is present in the curriculum, although, at times, it presents implicitly. It is understood that the provisions of the disciplines in which they relate to biological, ethical, social and human aspects have allowed an interdisciplinary joint, which leads to an education more committed to integral care.

Keywords: Health; Education; Integrality of Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS- Ações Integradas de Saúde

CAP- Caixa de Aposentadorias e Pensões

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CNE - Conselho Nacional de Educação

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONEP- Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

FAFEID - Faculdades Integradas Federais de Diamantina

FAFEOD - Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina

IAP Instituto de Aposentadoria e Pensão

IES - Instituição de Ensino Superior

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC - Ministério da Educação e Cultura

OMS - Organização Mundial de Saúde

PET-SAÚDE/VS- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ Vigilância em Saúde

PPP - Projeto Político Pedagógico

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFVJM- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	Justificativa	15
1.2	Objetivos.....	18
1.2.1	Geral.....	18
1.2.2	Específicos.....	18
1.3	Procedimentos Metodológicos	18
1.4	Estrutura da dissertação.....	21
2	Capítulo 1	22
2.1	SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	22
2.1.1	Antecedentes históricos.....	22
2.1.2	Reforma Sanitária Brasileira.....	26
3	Capítulo 2	30
3.1	EDUCAÇÃO E SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR NO BRASIL.....	30
3.1.1	Breve histórico das instituições de ensino superior no Brasil.....	31
3.1.2	Diretrizes Curriculares Nacionais.....	33
4	Capítulo 3	39
4.1	INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	39
5	Capítulo 4	45
5.1	O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA NOS PPP's DOS CURSOS DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA.....	45
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS.....	61

1 INTRODUÇÃO

Através dos movimentos sociais para a Reforma Sanitária Brasileira, nos anos de 1970, em que se propunha uma mudança na organização do sistema de saúde então vigente, houve como desdobramentos diversos debates, reuniões e reflexões. E dentre estes ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi marcada pela mobilização da sociedade civil¹ em âmbito nacional no ano de 1986.

Compartilha-se com Gohn (2003), a respeito da definição de movimentos sociais, como ações sociais coletivas de caráter sócio-político e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas. Numa ação concreta, essas formas adotam diferentes estratégias que variam da simples denúncia, passando pela pressão direta (mobilizações, marchas, concentrações, passeatas, distúrbios à ordem constituída, atos de desobediência civil, negociações etc.), até as pressões indiretas.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que tinha como tema “Democracia e Saúde”, foi emblemática no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil, pois se caracterizou pela participação significativa dos representantes da sociedade civil, tais como usuários dos serviços de saúde, profissionais de saúde e intelectuais, os quais lutavam em prol da saúde como um direito concreto à cidadania. Após conflitos, embates, reflexões entre diferentes interesses, tanto públicos como privados, ocorreram significativas mudanças implicando garantias e direitos fundamentais presentes na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que trouxe consigo vários direitos sociais, como por exemplo, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal documento normativo assegura:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, a saúde se constitui como um direito, garantido por lei, cabendo ao Estado prover as condições necessárias para que esse direito fundamental seja ofertado de maneira eficaz, a fim de suprir as necessidades da população. Compartilha-se ao longo deste estudo,

¹ Segundo Gramsci o conceito de sociedade civil é vinculado à noção de totalidade, ou seja, da luta entre as classes sociais, e integra sua mais densa reflexão sobre o Estado ampliado. Sendo a sociedade civil indissociável dos aparelhos privados de hegemonia – as formas concretas de organização de visões de mundo, da consciência social. (Gramsci, 1999).

com a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, a respeito conceito de saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”.

Nesta perspectiva, a carta magna brasileira, de 1988, de caráter democrático e participativo, garante a educação: “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

Apreende-se que há uma interdependência entre esses dois direitos, pois se torna quase impossível ter acesso à saúde de modo apartado da educação, uma vez que a formação dos profissionais está diretamente relacionada à educação escolar².

Para sua concretização, observa-se que a educação escolar, na qual se inclui também a educação superior, pode ser entendida como um ato político-pedagógico e, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, deve estar vinculada ao mundo do trabalho e às práticas sociais, condições significativas para se entender e consequentemente atender as reais necessidades da população.

Conceitua-se mundo do trabalho como um conjunto de fatores que engloba e coloca em relação à atividade humana, o meio ambiente em que se dá a atividade, as prescrições e as normas que regulam tais relações, os produtos delas advindos, os discursos que são intercambiados nesse processo, as técnicas e as tecnologias que facilitam e dão base para que essa atividade se desenvolva, as culturas, as identidades, as subjetividades e as relações de comunicação constituídas nesse processo dinâmico de atividades (FIGARO, 2008).

Em virtude da Lei 9394/1996, há inovações e mudanças na educação nacional, em que é prevista uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso (ITO *et al.*, 2006). Tais diretrizes proporcionam às Instituições de Ensino Superior - IES autonomia para implementarem seus currículos, objetivando a formação de profissionais ativos, reflexivos e aptos à realidade do mercado e da sociedade.

Através das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, a partir do ano de 2001, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais de graduação em saúde, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País. Cada curso teve suas diretrizes publicadas individualmente. Tais documentos definem os

² Lei 9.394/96: capítulo I - Composição dos Níveis Escolares-, art. 21: A educação escolar compõe-se de educação básica - formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio -, e educação superior.

princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação, estabelecidos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação para aplicação, em âmbito nacional, na organização, no desenvolvimento e na avaliação dos projetos político pedagógicos dos Cursos (BRASIL, 2001).

O Projeto Político Pedagógico - PPP é um documento construído de forma coletiva, em que se refletem os objetivos de determinada instituição educacional, estabelecendo propostas organizacionais, diretrizes, princípios, sistematização e avaliação das atividades desenvolvidas na organização educacional. O projeto busca um rumo, uma direção. É uma ação intencional, com um sentido claro e um compromisso definido coletivamente (VEIGA, 1995; FELICIO, 2010).

Assim, o projeto pedagógico também é um projeto político por estar diretamente vinculado ao compromisso sócio-político, com os interesses reais e coletivos da população majoritária. Político, por estar compromissado com a formação do cidadão para um tipo de sociedade. No que se refere ao aspecto pedagógico, reside a essência da formação do cidadão participativo, responsável, compromissado, crítico e criativo. Pedagógico, no sentido de delimitar ações educativas bem como as características necessárias às escolas para cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade (VEIGA, 1995).

Pode-se dizer que o Projeto Político Pedagógico tem por objetivo organizar o ensino, bem como outras atividades relacionadas à educação tais como pesquisa e extensão nas instituições. A Lei 9394/96, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, define em seu artigo n.º 12: “os estabelecimentos de ensino, terão a incumbência de elaborar e executar sua proposta pedagógica”.

Nesse sentido, toda instituição educacional tem a obrigatoriedade, por força de lei, de construir de maneira responsável seu projeto político pedagógico, assumindo o compromisso crítico reflexivo sobre sua intenção e ações educativas.

Um dos princípios das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde consiste em incentivar uma formação profissional sólida, necessária para que o futuro graduado possa superar os novos desafios, as constantes mudanças no mercado de trabalho e da sociedade, além de possibilitar às Instituições de Ensino Superior (IES) ampla liberdade na construção das estruturas curriculares, para que sejam flexíveis, possibilitando o desenvolvimento profissional permanente e autônomo.

Além disso, o objetivo das Diretrizes Curriculares é permitir aos estudantes dos cursos de graduação em saúde *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissio-

nais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001). Entende-se assim, que o conteúdo dos currículos de graduação em saúde exerce importante influência na futura prática desses profissionais.

Assim, as Diretrizes são norteadores para a constituição do currículo, possibilitando a autonomia das IES quanto à sua formulação, a fim de se alcançarem os objetivos almejados inerentes ao desenvolvimento profissional. Essa liberdade oferece às Universidades uma maneira mais flexível e adequada para a construção do currículo compatível com as realidades atuais do ensino, do estudante e da própria sociedade.

Nesse contexto, tendo em vista as mudanças constantes no âmbito do trabalho e a rápida expansão no número de instituições, o debate sobre a qualidade dos cursos de graduação oferecidos acabou surgindo, tornando-se urgente focar o PPP da Instituição Educacional. Tal projeto, por princípio, deve estabelecer um processo permanente de reflexão e discussão dos problemas em busca de alternativas viáveis à efetivação de sua intencionalidade, apesar de que, mesmo construído corretamente, não garante a melhor qualidade à Instituição (ALBERTO; BALZAN, 2008).

A palavra currículo etimologicamente traz o significado de “curso”, de “caminho”, revela na verdade a direção que se percorre para chegar ao profissional que se deseja formar. Os traços mais marcantes desse profissional encontram-se, portanto, no contorno do encaminhamento curricular. Essa argumentação conceitual sustenta a afirmativa de que o currículo é um dos pontos nodais do balizamento do Projeto Político Pedagógico, incorporando algumas de suas mais relevantes definições (PINTO; RANGEL, 2004).

Compreende-se o currículo como um projeto seletivo dotado de diversos conteúdos organizados sequencialmente, apresentando um campo prático (análise da realidade prática, em que o conteúdo é aplicado; interação entre a teoria e a prática na educação) e um campo discursivo. É um projeto seletivo e ideológico construído a partir do contexto cultural, social, político e administrativo em que está inserido, tornando-se realidade de acordo com as condições da instituição (SACRISTÁN, 2000).

É a expressão formal do projeto pedagógico de um curso e deve representar a realidade diária deste para além dos aspectos teóricos formalizados num texto oficial. No currículo, há funções integradoras no sentido que podem aproximar fundamentos e práticas; atualizadora, podendo constituir objeto de reavaliações desses fundamentos e práticas; e estruturante, ao permitir a articulação e consolidação da constituição e das perspectivas acadêmicas dos cursos (PINTO; RANGEL, 2004).

Em seu livro, *Documentos de Identidade: Uma introdução às teorias do currículo*, Tomaz Tadeu da Silva (2014), diz que o currículo envolve a construção de significados e valores culturais. Ele não está simplesmente envolvido com a transmissão de “fatos” e conhecimentos “objetivos”. É no currículo que se produzem e se criam significados sociais de forma ativa.

Para José Alberto Pedra (1993), existe uma relação íntima entre a educação e a cultura. A educação aqui é entendida em seu sentido amplo ou restrito, como a escolar, por exemplo. Segundo o autor “o termo currículo já foi definido como uma série estruturada de resultados; um conjunto de matérias; conjunto de experiências que os estudantes desenvolvem sob a tutela da escola e com o intento de comunicar os princípios essenciais de uma proposta educativa”.

O currículo se constitui como prática social, que é produzida por pessoas que carregam suas aspirações, leituras do mundo em que se inserem, posições sociais e políticas. Além disso, atendem a uma série de demandas, dentre elas as próprias políticas públicas, bem como as relações de resistência, de confronto e de silenciamento (ALVES, 2011).

Diante disso, pode-se dizer que o currículo se constitui como um importante documento. Além do seu aspecto estudantil e profissional, ele se faz presente em todo o contínuo processo de formação pessoal, já que o mesmo tende a esboçar o percurso estudantil durante grande parte da formação escolar, desde o ensino básico até o ensino superior. Assim, é fundamental que, em sua essência, os aspectos humanos, éticos e morais estejam presentes; pois, os cursos da saúde, em especial, passam por um processo de transformação, através da reorientação da formação acadêmica visando a um perfil profissional mais capacitado para prestar uma assistência resolutiva e de qualidade sem, contudo, perder o caráter humanizado.

Dessa forma, um desafio comum a todas as profissões da saúde baseia-se na formação ética de seus estudantes para que estes desenvolvam competências profissionais e, ao mesmo tempo, sejam cidadãos prudentes, responsáveis e socialmente comprometidos. Ética e moral são termos que se confundem e são impostos e modulados pela cultura, pelos costumes e reconhecidos como cerceadores e limitantes das atitudes individuais em prol da convivência social, para torná-la uma prática “costumeira” que possa ser transposta também aos cenários de atuação dos profissionais egressos dos cursos da área da saúde (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013; KOERICH; ERDMANN, 2011).

A ética pode ser entendida como uma atitude, mais especificamente uma atitude profissional e remete a uma aprendizagem prévia de valores, desde a família, passando pela formação pré-universitária e pelo contexto social e político vivenciado pelo futuro profissio-

nal. Tais significados são também permeados por algumas contradições como “fazer o bem” e constatar a existência do “mal no ser humano”, ou as noções do que é “certo” e “errado” e ainda, entre “humanização” e “padronização/normatização” (KOERICH; ERDMANN, 2011).

Observa-se, nos atuais debates sobre o contexto de saúde e nos estudos da área, que o princípio da integralidade vem sendo abordado como tema relevante, tanto como subsídio para a melhoria da assistência, quanto para a consolidação dos objetivos e valores do SUS. Constitucionalmente, em 1988, o direito à saúde passa a ser assegurado. Embora tenha sido estabelecido como um direito constitucional, a população brasileira ainda se depara com vários obstáculos no que diz respeito a um atendimento integral.

O SUS, como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecido pela Constituição de 1988, possui como elementos integrantes as atividades relacionadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. Além disso, esse Sistema possui como princípios doutrinários a universalidade, equidade e a integralidade. Tais princípios foram definidos a fim de se garantir aos cidadãos o acesso a todos os serviços públicos de saúde, assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso demande (BRASIL, 1990). Desse modo, o SUS se torna o ator do ordenamento da formação de recursos humanos em saúde.

A integralidade da assistência é entendida, de acordo com a Lei 8.080/1990, como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. É um princípio que se constitui como norteador das ações e dos serviços públicos de saúde. Orienta as práticas de saúde a fim de permitir a assistência necessitada pela população abrangendo tanto as ações que visam à promoção da saúde, além da prevenção de doenças e de recuperação da saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Desse modo, compreende-se nesse estudo que a integralidade da assistência consiste num conjunto articulado de ações que visa ao atendimento holístico do indivíduo que necessita de assistência e busca os serviços de saúde.

Se o anseio é qualificar a interação entre profissional e o sujeito, torna-se necessário ampliar essa compreensão, a fim de que o profissional possa ter a concepção do significado de ser humano, percebendo e compreendendo a si mesmo e o outro como sujeitos de suas próprias histórias (ALMEIDA, 2007).

Nesse contexto, entende-se que a formação é uma das bases que alicerça a construção coletiva da integralidade, oportuniza a vivência da prática acadêmica e favorece a reflexão sobre a realidade, instigando mudanças nas práticas de saúde. É um princípio construí-

do cotidianamente nas relações estabelecidas durante o processo de formação, o qual envolve os atores que compõem esse cenário: acadêmicos, docentes e usuários (LIMA *et al.*, 2013).

A integralidade da assistência, necessita ser vista para além de uma disciplina de ensino, pois no contexto do ensino em saúde ela está vinculado à aspectos complexos e dinâmicos, como as políticas públicas, os currículos, os referenciais teóricos de formação, as práticas e as atitudes dos sujeitos enquanto docentes, discentes e profissionais. Pensa-se que esse tema deverá perpassar todas as etapas de constituição do profissional da saúde a fim de proporcionar o acesso à saúde preconizado pelas políticas públicas.

Transformar práticas de saúde requer mudanças no processo de formação dos sujeitos que se comprometem com a saúde. Pois, somente com trabalhadores e usuários protagonistas e corresponsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS estabelece - a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde (PEREIRA; BARROS, 2009).

Embora existam a legislação específica e o projeto político pedagógico do curso construído e atualizado conforme o estabelecido pelas DCNs, por si só, a integralidade ainda não se concretiza como eixo orientador da formação nos cenários da academia. Faz-se necessária a atuação coletiva das pessoas, a fim de consolidar um curso de graduação em saúde de acordo com o estabelecido no projeto do curso, visando a um perfil profissional que atenda às necessidades das realidades encontradas (LIMA *et al.*, 2013).

Assim, em vista da necessidade de abranger a intervenção em saúde de forma integral e diante do contexto das transformações dos cenários da saúde e do ensino, neste estudo propõe-se analisar os PPP's dos cursos de graduação em Enfermagem e em Medicina da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri-UFVJM, de acordo com as propostas norteadoras do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação na perspectiva de formação desses profissionais sob o eixo da integralidade, bem como, compreender o contexto histórico da organização do SUS e descrever as DCN's vigentes dos respectivos cursos.

1.1 Justificativa

A graduação consiste numa fase de grande importância para o aluno no que tange à sua formação profissional, uma vez que é o período em que se constitui a base da concepção crítica e reflexiva quanto à importância de uma prática contextualizada com a realidade em que se vive.

Especialmente, no que se refere ao ensino em saúde baseado na integralidade da assistência, surge a vontade de se conhecer o contexto político e pedagógico da formação profissional, pois a partir dessa abordagem torna-se possível compreender como as instituições de ensino têm estabelecido, em seus currículos, as orientações das políticas públicas de ensino que se relacionem com a formação preconizada pelo SUS.

Desse modo, instiga-se, na pesquisadora, graduada no curso de Enfermagem da UFVJM, entre 2009 e 2013, a curiosidade de conhecer mais sobre o ensino em saúde na referida instituição.

Durante sua trajetória acadêmica, houve a possibilidade de participar do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ Vigilância em Saúde – PET-SAÚDE/ VS, de 2011 a 2012, o que viabilizou sua inserção na realidade prática dos serviços, permitindo a troca de conhecimentos e experiências entre alunos de diferentes cursos e entre os profissionais externos à instituição que atuavam em serviços do SUS, como as Secretarias Municipal e Regional de Saúde, bem como as Estratégias de Saúde da Família - ESF da cidade de Diamantina-MG.

O PET-SAÚDE, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, é um programa promovido pelos Ministérios da Saúde e da Educação e tem por objetivo a formação do acadêmico pelo trabalho, o que permite a troca de conhecimentos de modo a ampliar a integração entre as instituições de ensino superior e os serviços nessa área.

A participação da pesquisadora nesse Programa proporcionou a compreensão do funcionamento dos serviços do SUS e a importância das ações intersetoriais e interdisciplinares, uma vez que os integrantes do grupo eram levados a participar da rotina do serviço, o que propiciou momentos de discussão entre alunos, preceptores e tutores, ampliando a compreensão sobre a saúde pública, favorecendo assim a troca de saberes adquiridos durante a graduação.

Essa experiência viabilizada pelo PET-SAÚDE/ VS e a posterior inserção no Programa de Mestrado Ensino em Saúde, fizeram surgir a curiosidade sobre o ensino em saúde que fosse além das rotinas do serviço.

Apesar do conhecimento acrescentado, do comprometimento da instituição e dos professores em possibilitar a participação dos alunos em projetos e programas com o intuito de melhorar o ensino, em alguns momentos da prática acadêmica/profissional, especialmente durante os estágios, em que se tem um maior contato com as pessoas que procuram um atendimento percebe-se, na maioria das vezes, que a maior preocupação profissional consiste em atender à necessidade biológica.

Entende-se que o ensino nessa área ainda se encontra fragmentado quanto às considerações da compreensão mais abrangente do ser humano. Às vezes, no exercício das atividades acadêmicas e profissionais percebe-se uma prática desvinculada da integralidade da assistência, das questões sociais que condicionam/determinam aquela situação de vida do indivíduo.

Assim, diante da experiência acadêmica/profissional e da importância da temática de um ensino pautado na atenção integral à saúde, surge uma inquietação de analisar a presença do princípio da integralidade, preconizado pelo SUS, nos currículos.

Tem-se esse tema como relevante quanto ao âmbito acadêmico e social, já que, acredita-se que seu estudo propiciará uma compreensão mais ampliada acerca do ensino, gerando assim subsídios para uma análise crítica e reflexiva sobre a formação de recursos humanos. Quanto ao aspecto social, tem-se a importância da formação profissional pautada na integralidade da assistência.

Dessa maneira, propõe-se, neste estudo, no que tange a relevância do ensino pautado na integralidade, analisar os currículos de dois cursos que estão diretamente relacionados à atuação multiprofissional na área da saúde, os cursos de Enfermagem e de Medicina. Uma vez que, tem se evidenciado em nossa realidade a importância de um ensino que possibilite a formação de cidadãos comprometidos com a promoção de uma ação integral em saúde.

Além disso, instigou-se na pesquisadora a curiosidade sobre o currículo do curso que baseou sua formação profissional na UFVJM. Desse modo, escolheram-se dois cursos que se relacionam mais diretamente durante a prática laboral, um dos mais antigos na instituição, o curso de Enfermagem-estabelecido em 1997-, e o curso na área da saúde inaugurado mais recentemente, o de Medicina - iniciado em 2014.

Além disso, usou-se também como critério de seleção a relação de trabalho existente entre enfermeiros e médicos, já que na estrutura das organizações de serviços, como, por exemplo, na instituição hospitalar, essas duas categorias profissionais atuam de maneira interdependente.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Analisar a maneira como o princípio da integralidade estabelecido pelo SUS está contemplado nos PPP's dos cursos de Enfermagem e de Medicina da UFVJM.

1.2.2 Específicos

- Identificar o contexto histórico da organização do SUS.
- Descrever o desenvolvimento do ensino superior no Brasil e as orientações das DCN's para os currículos de enfermagem e medicina.
- Compreender o princípio da integralidade preconizado pelo SUS.
- Analisar a presença do princípio da integralidade da assistência nos PPP's dos cursos de Enfermagem e de Medicina.

1.3 Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo documental. Optou-se pelo estudo de fontes documentais, uma vez que o conteúdo curricular tem se tornado importante fonte de observação quanto à correspondência existente entre seu teor e as Diretrizes Curriculares Nacionais. Constituindo uma fonte norteadora do desenvolvimento estudantil e profissional.

Os documentos utilizados foram os PPP's vigentes dos cursos de Enfermagem e de Medicina da UFVJM, no Campus Diamantina. Fez-se utilização da análise temática, umas das modalidades técnicas de análise de conteúdo.

A análise documental é uma importante fonte de compreensão do objeto, por permitir a contextualização histórica e sociocultural. É um procedimento metodológico decisivo em ciências humanas e sociais, já que a maior parte das fontes escritas, ou não, são quase sempre a base do trabalho de investigação. Dependendo do objeto de estudo e dos objetivos da pesquisa pode se caracterizar como principal caminho de concretização da investigação ou se constituir como instrumento metodológico complementar. Assim, esse tipo de análise é

uma dentre as diferentes formas de interpretar o conteúdo de um texto, adotando normas sistemáticas de extrair significados temáticos ou os significantes lexicais, por meio dos elementos mais simples do texto (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Dessa forma, a pesquisa qualitativa é aquela capaz de agrupar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto nas suas transformações, como construções humanas significativas (BARDIN, 2011).

Nesse contexto, entende-se que a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações. Esse tipo de análise busca núcleos de sentido que integram uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objetivo analítico visado (BARDIN, 2011; MINAYO, 2006).

A análise de conteúdo foi desenvolvida de acordo com as etapas da técnica proposta por Bardin (2011). Os dados foram coletados no período compreendido entre os meses de Novembro de 2015 e Março de 2016.

A análise foi organizada em três fases, a pré-análise, em que foi feita a leitura fluente dos documentos, constituindo o *corpus* de análise as seguintes fontes: os Projetos Político Pedagógico e Matrizes Curriculares dos cursos de Enfermagem e de Medicina vigentes e instituídos em 2011 e 2013 respectivamente, bem como os Planos de Ensino das disciplinas que remetessem o princípio da integralidade. Foi verificado junto aos Departamentos sobre a atualização dos referidos documentos e em relação ao PPP de enfermagem foi ressaltado que este se encontra em fase de reformulação. Quanto ao *corpus* do curso de Medicina todas as ementas disciplinares estavam descritas no PPP, porém somente alguns planos de ensino estavam disponíveis.

Na segunda fase, foi realizada a exploração do material, em que se definiram as unidades de sentido presentes no PPP que considerassem o princípio da integralidade. Buscou-se identificar a presença do princípio levando em consideração tanto o aspecto político, em que se destacaram as unidades de sentido “objetivo do curso” e “perfil do egresso”, bem como o aspecto pedagógico no qual se agregaram as informações da unidade “organização curricular”.

Portanto, foram selecionadas as unidades presentes nos PPP's nas quais foi possível evidenciar o tema, a categoria selecionada, que é o princípio da integralidade, ou seja, no corpo do texto buscou-se identificar a maneira como tal princípio se apresenta.

Já na terceira fase, tratamento dos resultados, realizou-se o agrupamento dessas unidades, momento em que foram observadas as informações para uma análise crítica e reflexiva a fim de alcançar as interpretações inferenciais dos dados.

Por se tratar de documentos públicos, estavam disponíveis nos sites das universidades. Conforme o Conselho Nacional de Saúde (2012), as pesquisas que utilizarem apenas dados de domínio público, de acesso irrestrito, que não identifiquem sujeitos, ou apenas revisão bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não necessitam aprovação por parte do Sistema Comitê de Ética em Pesquisa – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/ CONEP).

1.4 Estrutura da dissertação

A fim de facilitar a compreensão do contexto em que se insere a temática do princípio da integralidade no ensino, organiza-se este estudo em quatro capítulos. No primeiro, intitulado “Sistema de saúde brasileiro e sua evolução histórica” objetiva-se identificar o contexto histórico da saúde, a Reforma Sanitária e a criação do SUS.

Já no segundo capítulo, com o título “Educação e Saúde: desenvolvimento do ensino superior no Brasil” faz-se um breve apanhado sobre o ensino superior no país, com o intuito de apresentar um breve histórico das instituições de ensino superior, bem como as Diretrizes Curriculares Nacionais, especialmente dos cursos de Enfermagem e de Medicina.

No terceiro capítulo, “Integralidade da assistência à saúde” busca-se descrever e compreender o princípio da integralidade, abordando sua importância dessa diretriz para o ensino em saúde.

Quanto ao quarto capítulo, “O princípio da integralidade da assistência nos PPP’s dos cursos de Enfermagem e de Medicina” analisa-se a presença do princípio da integralidade nos PPP’s dos referidos cursos.

E por fim, sequencialmente, apresentam-se as considerações finais, evidenciando a compreensão dos capítulos segundo os objetivos propostos.

2 Capítulo 1

2.1 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A criação do SUS encontra-se no âmbito de movimentos internacionais que propuseram mudanças profundas no modo de abordar a saúde humana (GONZE, 2009). Como principal instituição política de saúde do Brasil, esse sistema é resultado de uma conquista da sociedade e foi construído através da luta por melhores condições assistenciais objetivando o alcance da justiça social com a superação das desigualdades bem como a ampliação do conceito de saúde.

Sendo responsável por assegurar o direito à saúde, o SUS possui como diretrizes - em consonância com a Constituição de 1988-, a universalidade; a integralidade das ações de saúde; a descentralização e o controle social (BRASIL, 1988). Anteriormente à sua criação, as ações assistenciais mantinham estreita vinculação com as ações previdenciárias.

Assim, a promulgação da atual Constituição Federal, em 1988, assegurou a saúde como um direito, dando origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Entretanto, para se chegar à conjuntura atual houve uma luta contra a tradicional duplicidade que envolvia a separação do sistema entre saúde pública e previdenciária (PAIVA; TEIXEIRA 2014).

2.1.1 Antecedentes históricos

O funcionamento da saúde pública no Brasil e suas intervenções mantêm estreita relação com os correspondentes movimentos históricos, políticos, econômicos e sociais. Observa-se que a saúde acompanhou tendências vigentes na sociedade organizando-se de acordo com as necessidades e contextos específicos (BORGES, 2002).

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808, determinou mudanças na administração pública colonial. Como sede provisória do Império português e principal porto do País, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se o centro das ações sanitárias. Naquele momento era necessário instituir centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes em razão da proibição de ensino superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX, logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país (BRASIL, 2011).

Entre 1817 e 1867 houve várias pandemias³ e a doença mais marcante durante esse século foi a cólera, considerada a primeira pandemia no período de 1817-1823. A experiência com epidemias como essa e também a peste bubônica no século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, foi determinante para a percepção das elites políticas sobre os problemas sanitários. Favorecendo ações políticas, criação de organizações e intervenção dos Estados nacionais na resolução dos problemas de saúde e nas reformas urbanas. Além da necessidade de se estabelecerem medidas de proteção em níveis nacional e internacional, o crescente fluxo de mercadorias e de pessoas e, conseqüentemente o alcance do entendimento sobre a gravidade das doenças transmissíveis, contribuíram para a criação de fóruns e organismos de cooperação em escala mundial. Portanto, as ações de proteção à saúde foram objeto de constantes debates e tentativas de normalização (FINKELMAN, 2002).

Em fins do século XIX e meados do século XX, um processo de transformações abrangeu vários níveis das relações sociais no Brasil. Foram alterações de grande impacto incitadas, principalmente, pelo novo dinamismo na conjuntura econômica internacional envolvendo as pessoas num intenso processo de transformações de hábitos cotidianos, de convicções e percepções. (SEVCENKO, 1998). Considerada por muitos uma "religião", a higiene e seus preceitos instigavam nos médicos paranaenses um encargo educativo e de transformação social. O conceito de progresso valorizava a capacidade do ser humano usar a razão para assumir a direção de sua vida social com impacto na marcha nacional rumo a um futuro grandioso (LAROCCA, 2010).

Embora fossem frequentes os registros de incidência de varíola e febre amarela, desde o período colonial ainda existiam referências a um país saudável. Porém, as principais cidades, particularmente o Rio de Janeiro, então capital do Império, que, no final daquele século, era considerado um celeiro de doenças, não passaram a serem vistas do mesmo modo (FINKELMAN, 2002).

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, porém esta se mostrou pouco eficaz. E apesar de várias reformulações não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. Não obstante, foi naquele momento, em que as instâncias médicas assumiam o controle das medidas de higiene pública, que o regulamento foi editado e transformou-se em Junta Central de Higiene Pública. Esta tinha como objetivos a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária (MACHADO *et al.*, 1978).

³ Pandemia: epidemia de grandes proporções, atingindo grande número de pessoas em uma vasta área geográfica -um ou mais continentes (BRASIL, 1977).

O impacto da epidemia⁴ de febre amarela no Rio de Janeiro, de 1849 a 1850, alterou sensivelmente a imagem pública. O fato de a elite ter sido também atingida com vítimas fatais favoreceu a compreensão da situação sanitária do Brasil como um relevante problema científico e político, ampliando a repercussão das polêmicas médicas sobre o assunto. A febre amarela chegou ao Brasil no século XVII trazida por via marítima em embarcações procedentes das Antilhas. A primeira epidemia ocorreu em Pernambuco em 1685. No século XIX, a febre amarela se alastrava na cidade do Rio de Janeiro sobre forma endêmica (REZENDE, 2009).

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais, controle de navios e saúde dos portos. Percebe-se que o principal interesse se limitava ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se prolongou por quase um século. Embora a Junta não tivesse resolvido os problemas de saúde pública, ela evidenciou uma nova etapa na organização da higiene pública nacional (BRASIL, 2011).

Nota-se assim que as epidemias eram consideradas um desafio de política sanitária e de fato foram marcantes na história da saúde pública brasileira impactando as ações políticas e o desenvolvimento científico no país.

Nesse contexto, em meados do século XIX, iniciaram-se, além das Conferências Sanitárias Internacionais, fóruns de debate científico sobre as causas e mecanismos de transmissão de doenças. Além disso, a questão política também se mostrou importante, já que estabelecia normas e procedimentos comuns entre os países que enfrentavam problemas com tais epidemias (MACHADO *et al.*, 1978).

Antes do século XIX, não se encontrava nas instituições médicas bem como no aparelho estatal uma relação explícita entre a saúde e a sociedade como se observa atualmente. Naquele contexto colonial a administração não organizava a sociedade de forma a planejar as ações de promoção à saúde com o intuito de combater doenças, pois a ausência do entendimento de saúde como algo a ser cultivado, incentivado e organizado induzia à falta de prevenção. Dessa forma, a saúde não tinha, até o século XIX, ligação nenhuma com a sociedade. Servia apenas para evitar a morte depois do aparecimento dos sintomas (BRASIL, 2014)

⁴ Epidemia: É a ocorrência, numa coletividade ou região, de casos da mesma doença (ou surto epidêmico) em número que ultrapassa nitidamente a incidência esperada e derivados de uma fonte comum ou que se propagou. O número de casos que caracteriza a presença de uma epidemia varia segundo o agente infeccioso, o tamanho e o tipo da população exposta, sua experiência prévia com a doença ou a ausência de casos anteriores e o tempo e o lugar da ocorrência (BRASIL, 1977).

Durante a primeira República (1889- 1930), foram criados e constituídos os serviços e programas de saúde pública em nível nacional. Em 1902, à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Gonçalves Cruz (1872-1917), ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Com o intuito de combater as epidemias urbanas e, mais tarde, para as endemias rurais, foi adotado o modelo de “campanha sanitária”, modelo de inspiração americana, contudo importado de Cuba. Tal modelo tornou-se um dos pilares das políticas de saúde no Brasil e no continente americano em geral (BRASIL, 2015).

A partir desse modelo se estruturou o discurso dominante na política de saúde, simultaneamente às políticas de urbanização e de habitação. Consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, técnico burocrático e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico em geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha. Esses traços configuraram o perfil autoritário que ainda hoje caracteriza, em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil. Por outro lado, a eficácia social do combate às doenças coletivas decresceu, ao longo do tempo, comparativamente ao período da Primeira República, quando esse modelo atingiu o seu auge em termos de autoridade (LUZ, 1991).

2.1.2 Reforma Sanitária Brasileira

Em meados do século XX, surgiu uma preocupação mundial em produzir transformações no modelo de saúde curativo. Isso repercutiu em diversas conferências internacionais sobre saúde, envolvendo a educação, a justiça social, entre outros temas incorporados à discussão sobre reformas no campo da saúde entendidas como fundamentais para a ampliação da concepção saúde-adoecimento. Tratou-se de um movimento conhecido como Reforma Sanitária que envolveu profissionais de saúde, autoridades, intelectuais e a população. No Brasil, esse movimento originou a criação do SUS (GONZE, 2009).

Na década de 1970, o contexto político era tensionado pela ditadura militar e desfavorável à participação social, paradoxalmente impulsionou o surgimento de movimentos sociais, das lutas por eles travadas. As precárias condições de vida das camadas populares, o surgimento de problemas de saúde e a conseqüente insatisfação em relação ao modelo assistencial naquele período tornou-se alvo da intervenção de agentes sociais nas comunidades. As principais características de assistência à saúde que vigoravam naquele período eram de caráter centralizador, curativo e excludente (COSTA, 2007).

O movimento de Reforma Sanitária surgiu no Brasil no início do século XX durante a República, sob a liderança de médicos higienistas, alcançou importantes resultados. Entre as conquistas, destacou-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Durante esse período foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, o qual foi marcado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central. As medidas voltadas à proteção social e, em particular, à assistência médica só viriam a ter reconhecimento legal com a aprovação da Lei Eloy Chaves de 1923, a qual regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas para grupos específicos de servidores como, por exemplo, os ferroviários. Essas eram organizadas pelas instituições e dependiam das contribuições dos segurados (BRASIL, 2011).

Posteriormente, no governo de Getúlio Dornelles Vargas, entre 1930 a 1945, essas Caixas foram transformadas, em 1933, em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), os quais podiam ser vistos como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros. Nesse momento, não mais organizadas por empresas e sim por categorias profissionais. Na conjunção do regime autoritário de 1964 ocorreu a unificação de todos os IAPs dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Este, por sua vez, consolidou o componente assistencial com evidente opção de compra de serviços assistenciais do setor pri-

vado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico centrado (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2012; BRASIL 2011).

É interessante perceber que tal benefício era vinculado ao contrato de trabalho formal, tendo as características de seguro e não de direito à cidadania. Nesse sentido, revestia-se do caráter meritocrático vinculado à inserção no mercado de trabalho, cujas diferenciações se reproduziam. Além disso, a política de saúde brasileira apresentava diferenciação funcional e institucional. As ações de caráter coletivo e algumas de assistência básica cabiam ao Ministério da Saúde; e a saúde curativa restrita aos segurados, cabia à Previdência Social. Com o surgimento do INPS houve uma ampliação da cobertura dos assalariados urbanos e para dar conta dessa expansão o governo optou por não prover os serviços diretamente, mas comprá-los da rede privada, incentivando assim o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto pela compra de serviços quanto pelos subsídios do governo para construção de unidades hospitalares (MENICUCCI, 2014).

Na década de 80, século XX, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social) adotou medidas que o aproximou de uma cobertura universal, destacando-se o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que foi executado pelo estabelecimento de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais. Em meados da década de 80 as Ações Integradas de Saúde (AIS), cujas principais diretrizes eram a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação comunitária começaram a ser implementadas (BRASIL, 2011).

Dentre esses diversos contextos políticos e sociais foram constituídas as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), tendo o Estado e os movimentos sociais como instrumentos centrais para a construção das políticas de saúde do País. As três primeiras conferências, entre 1941 e 1963, privilegiaram os debates sobre organização sanitária, municipalização e descentralização. Em 1964, com a instauração da ditadura militar, várias medidas do governo instigaram a insatisfação popular, acelerando o movimento reivindicatório contra o sistema de saúde pública vigente. Findo o regime militar em 1985, a abertura política conduziu à redemocratização do País e o movimento sanitarista assumiu posições estratégicas (BRASIL, 2015).

Evidenciou-se na conjuntura dessas Conferências que as sete primeiras haviam sido eventos técnicos, com presença seletiva de especialistas, em sua maioria, vinculados ao Ministério da Saúde e à problemática sanitária de responsabilidade dessa agência. A VIII

CNS não só ampliou a participação de outros segmentos técnicos, sobretudo da previdência social, como incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde (SCHECHTMAN *et al.*, 2002).

Naquele cenário de reorganização democrática, foi realizada, em 1986, a VIII CNS que conferiu um novo caráter às conferências de saúde, como um espaço de participação da sociedade civil nas deliberações sobre as políticas de saúde. Foi a partir dessa Conferência que se legitimou a ideia da Reforma Sanitária, que ampliou o conceito de saúde – promoção, proteção e recuperação – e foi aprovada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição de 1988.

Vê-se diante do exposto que a VIII CNS foi o marco da reforma do sistema de saúde brasileiro e integrou um vasto grupo de alianças, contando com a participação de milhares de representantes de diversas entidades da sociedade civil, usuários do sistema, prestadores de serviços de saúde públicos e profissionais de saúde. Tal movimento foi fundamental para o surgimento de um novo modelo de saúde pública, almejando extinguir a divergência estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual, e com a intensa privatização que até então caracterizava o sistema de saúde brasileiro.

A VIII CNS foi presidida pelo médico Sérgio Arouca, um dos líderes do Movimento da Reforma Sanitária. Dentre outros assuntos discutiu-se um novo modelo de saúde que, de acordo com Relatório Final, indicava as diretrizes para a construção de um sistema de saúde: “Resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária.”⁵

O relatório da VIII Conferência de Saúde orientou os constituintes dedicados à elaboração da Carta Magna de 1988 e os militantes do movimento sanitário. No conteúdo do Relatório foram estabelecidos: saúde como direito de cidadania e dever do Estado; compreensão da determinação social do processo saúde-doença e reorganização do sistema de atenção, com a criação do SUS. Havia clara convicção entre os participantes daquele movimento de que uma singela reforma administrativa e financeira do setor não seria suficiente. Uma transformação na vigente estrutura jurídica institucional se fazia necessária (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Esse sistema de saúde acomoda o modelo público de ações e serviços de saúde e é orientado por um conjunto de princípios doutrinários e organizativos. Aqueles são expressos

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final. **VII Conferência Nacional de Saúde**, 1986.

através da integralidade, universalidade e equidade; e estes dizem respeito à descentralização com comando único, à regionalização, à hierarquização e à participação popular. O SUS parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado como provedor desse direito ajuntando, em sua estrutura político institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (LUCIETTO, 2011).

Dois anos mais tarde, após a promulgação das Leis Orgânicas de Saúde - n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90 –, ocorreu a implantação do SUS. Essas leis estabeleceram a universalidade do direito à saúde e a participação da comunidade na gestão do SUS e instituíram as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas do SUS. Posteriormente, reformularam-se os papéis dos entes governamentais na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde, adotando-se novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde e ampliando as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários. As cinco conferências subsequentes à VIII CNS caminharam no sentido de fomentar ações para a consolidação e o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A Lei 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as ações e serviços públicos de saúde, bem como os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS. Essas ações precisam ser desenvolvidas de acordo com suas diretrizes e princípios, inclusive os da Constituição, dentre os quais se encontram a universalidade, igualdade, integralidade, participação da comunidade e descentralização política administrativa.

Alguns desses elementos, de natureza doutrinária, apontam para a construção de um sistema de saúde que reverta à lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar predominante no modelo anterior, substituindo-o por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (SCHECHTMAN *et al.*, 2002).

3 Capítulo 2

3.1 EDUCAÇÃO E SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR NO BRASIL

Um dos objetivos da Educação consiste em preparar os indivíduos para o exercício de uma profissão, incentivar a prática científica de forma que a sua consciência político-social seja construída para que exerçam a cidadania. Acrescenta-se a isso o fato de que se vive atualmente numa sociedade do conhecimento, onde o capital intelectual é cada vez mais valorizado. Os impactos dessa nova sociedade são percebidos no ambiente escolar e de trabalho, que exige cada vez mais qualificação dos profissionais. Dessa forma, o conhecimento e a capacidade de aprendizado ao longo da vida são condições necessárias para o desenvolvimento humano. Implicando a necessidade de acesso à Educação, principalmente no Brasil, país marcado pelas fortes diferenças sociais, culturais e econômicas, fator que incentiva o debate no âmbito acadêmico e político sobre o papel das instituições de Ensino Superior (COSTA; COCHIA, 2013).

A educação superior, no decorrer da história, encontra-se imbricada com as temáticas de desenvolvimento social, crescimento econômico, crises econômicas, projetos sociais em disputa e formação e profissionalização com qualidade social (COSTA; SILVA, 2015). No que diz respeito às relações entre educação e trabalho em saúde percebe-se que elas assumem estratégias e significados importantes, procurando vencer a dicotomia entre pensar e fazer de forma a integrar habilidades teóricas e práticas (SOUSA; BRANDÃO; PARENTE, 2014).

Compreende-se o processo saúde-doença como condições objetivas de vida, revelando a saúde e a doença como produções sociais, passíveis de ação e transformação voltados para um plano coletivo, não somente individual de intervenção; visto que, a educação, a saúde e o trabalho são práticas sociais integrantes do modo de produção da existência humana, que precisam ser abordados historicamente como fenômenos constituintes, produtores, reprodutores ou transformadores das relações sociais (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008).

Para que haja mudanças no processo de formação dos profissionais, de modo a acarretar um progresso nas ações de saúde no SUS, é necessária uma parceria entre os setores da Saúde e Educação, que conseqüentemente trará mudanças positivas ao setor do Trabalho. Logo, o estudo dos documentos relacionados à Saúde e à Educação, os quais sustentam a reforma curricular dos cursos de graduação em saúde se torna imprescindível para compreensão da atual situação do ensino em saúde.

3.1.1 Breve histórico das instituições de ensino superior no Brasil

No Brasil, a universidade se estabeleceu através de confrontos, negociações e compromissos, que envolviam intelectuais e setores dentro da própria burocracia estatal. Foi um processo extremamente complexo, pois se deu em um momento de mudança do regime político, de tal forma que os proponentes da reforma se encontraram ora integrados à grupos dominantes, ora em oposição a eles (SAMPAIO, 2008).

As primeiras instituições de ensino superior foram criadas apenas em 1808 e as primeiras universidades⁶, ainda mais recentes, na década de 30 do século XX. O período monárquico, de 1808 até o início da República, em 1889, foi marcado pela implantação de um modelo de escolas autônomas para formação de profissionais liberais, de exclusiva iniciativa da Coroa.

No segundo período, que abrangeu toda a Primeira República, de 1889 a 1930, ocorreu uma descentralização do sistema surgindo juntamente com as instituições federais, as estaduais e as municipais, bem como as privadas. Até o final daquele período, não havia universidades no Brasil, apenas escolas superiores autônomas centradas em um curso. As primeiras faculdades brasileiras – Medicina, Direito e Politécnica – eram independentes umas das outras, localizadas em cidades importantes e possuíam uma orientação profissional bastante elitista (DURHAM, 2003; OLIVEN, 2002).

A primeira universidade brasileira foi criada em 1920. Resultado do Decreto nº14.343, a Universidade do Rio de Janeiro reunia, administrativamente, Faculdades profissionais pré-existentes sem, porém, oferecer uma alternativa diferente do sistema. Era mais voltada ao ensino que à pesquisa; elitista, preservando a orientação profissional dos seus cursos e a autonomia das faculdades (OLIVEN, 2002).

Naquele contexto o ensino era livre, transmitido por profissionais mais experientes. A formação profissional em saúde estava associada à noção de aprendizagem pela prática.

⁶ Decreto nº 5.773/06: As instituições de educação superior, de acordo com sua organização e respectivas prerrogativas acadêmicas, serão credenciadas como: faculdades; centros universitários; e universidades. O início do funcionamento de instituição de educação superior é condicionado à edição prévia de ato de credenciamento pelo Ministério da Educação. A instituição será credenciada originalmente como faculdade. O credenciamento como universidade ou centro universitário, com as consequentes prerrogativas de autonomia, depende do credenciamento específico de instituição já credenciada, em funcionamento regular e com padrão satisfatório de qualidade.

Nessa conjuntura, o currículo e a pedagogia universitária eram auto regulamentados sem diretrizes curriculares nacionais. Já na década de 1920, iniciou-se no Brasil a difusão de uma formação direcionada para as necessidades de saúde da população, orientando-se por padrões epidemiológicos. Somente no final do século passado, houve um crescimento das profissões de saúde e a expansão da oferta de cursos nas variadas profissões abrangidas por essa área do conhecimento (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Em um período ulterior, em 1930, foram criadas outras universidades no país, estas não se constituíram a partir de demandas de amplos setores da sociedade nem de reivindicações do pessoal das instituições de ensino superior existentes. Naquele momento, no século XX, houve a junção de algumas Faculdades isoladas e foram criadas as primeiras Universidades brasileiras, sendo que a primeira dessas instituições, baseada no tripé Ensino - Pesquisa - Extensão, foi a Universidade de São Paulo/USP -1934 (HUMEREZ; JANKEVICIUS, 2015).

Durante o período compreendido entre 1930-1945, o então presidente Getúlio Dornelles Vargas criou o Ministério de Educação e Saúde e, em 1931, com seu primeiro titular Francisco Campos, foi aprovado o Estatuto das Universidades Brasileiras, que vigorou até 1961. O Estatuto estabelecia que a universidade podia ser pública ou livre, isto é, particular; além disso, deveria incluir três cursos dentre os de Direito, Medicina, Engenharia, Educação, Ciências e Letras. Essas faculdades seriam ligadas, por meio de uma reitoria, por vínculos administrativos, mantendo, no entanto, a sua autonomia jurídica (OLIVEN, 2002).

É importante destacar que o ensino superior no Brasil iniciou sua organização mais sistemática a partir de 1934, com a fundação da Universidade de São Paulo, o que representa uma condição histórica recente no cenário educacional. Contudo, não se pode deixar de registrar que o pós-guerra colocou o Brasil numa condição de país que mais expandiu seu sistema de educação, não apenas do nível básico, mas também da educação superior (FRANCO, 2008).

Em 1945, com a queda do então presidente Getúlio Dornelles Vargas e a redemocratização do país, iniciou-se um novo período que se estendeu até 1964, este se caracterizou pela ampliação do número de universidades públicas. Em 1964, se instalou um novo período autoritário, momento em que o modelo de universidade reformado e o sistema privado se desenvolveram rapidamente.

Após 1985 se iniciou um processo de redemocratização gradual do país, marcado pela Constituição de 1988, por uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 e por transformações políticas econômicas e educacionais (DURHAM, 2003).

Sendo assim, de acordo com cada momento histórico, o papel do ensino nas instituições foi se transformando, e, assim, a universidade foi e é constantemente solicitada a enfrentar novos desafios e mudanças. O caráter de padrão de universidade que ensinava o tradicional, ou seja, teológico-jurídico-filosófico foi desaparecendo e abrindo-se ao humanismo e às ciências, realizando uma verdadeira transição para os padrões da universidade moderna do século XXI (OPITZ, 2008).

3.1.2 Diretrizes Curriculares Nacionais

No Brasil, a Educação Superior abarca um conjunto complexo e diversificado de IES, públicas e privadas, cuja normatização encontra-se formalizada na Constituição de 1988 e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a Lei nº 9.394/1996, além de um grande número de decretos, regulamentos e portarias complementares.

A Constituição define o SUS como ordenador da formação de recursos humanos para a saúde. Ao encontro dessa definição, a Lei Orgânica da Saúde - lei 8080/1990 - estabelece que uma política para os trabalhadores de saúde deverá ter como objetivo a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino (BRASIL, 1990).

Até 1960 o sistema educacional brasileiro era centralizado e este modelo era seguido por todos os estados e municípios. Em 1961, foi promulgada a primeira lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (Lei nº 4.024), que apesar de possibilitar certa flexibilidade, reforçou o modelo tradicional de instituições de ensino superior vigente no país, deixando intactas as faculdades isoladas e a universidade composta pela simples justaposição de escolas profissionais (BRASIL, 2015).

Além disso, sustentou a maior preocupação com o ensino desarticulado do desenvolvimento da pesquisa. Assim, em 1968, tendo como um dos seus objetivos a integração das atividades de ensino, pesquisa e extensão, a Lei da Reforma Universitária (Lei nº 5540/68) foi aprovada pelo Congresso Nacional, o que possibilitou a instituição de condições propícias para o desenvolvimento das atividades científicas (OLIVEN, 2002).

Entende-se que essa Reforma Universitária possibilitou uma maior autonomia institucional, pois diante de uma nova LDB as IES ganharam mais liberdade através de uma maior flexibilidade na estrutura curricular, abrindo caminhos para a oferta de um ensino de qualidade.

Em 1995, a Lei 9.131 instituiu o Conselho Nacional de Educação, órgão que dispôs sobre as diretrizes curriculares para os cursos de graduação. Vale ressaltar que os currículos formulados na vigência da legislação revogada pela Lei 9.394, do ano de 1996, em geral caracterizavam-se por excessiva rigidez que possibilitava uma crescente diminuição da margem de liberdade que havia sido concedida às instituições para organizarem suas atividades de ensino (BRASIL, 1997).

As novas diretrizes curriculares, estabelecidas pela LDB 9.394/1996, contemplam elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional de maneira autônoma e permanente. Além disso, busca-se promover formas de aprendizagem que contribuam para a redução da evasão. Induzindo a participação em programas de iniciação científica nos quais o aluno possa desenvolver sua criatividade, análise crítica, além de incluir dimensões éticas e humanísticas no ensino, a fim de promover atitudes e valores orientados para a cidadania (BRASIL, 1997).

Dessa forma, as diretrizes curriculares são um importante instrumento diretivo disponibilizado às IES que visa estabelecer preceitos básicos de orientação à formulação dos seus currículos, de modo que estes venham ser dinâmicos, possibilitando um ensino de qualidade trazendo benefícios não somente aos estudantes, mas também à instituição, seu corpo docente e à sociedade, a qual se beneficiará com a inserção de profissionais capacitados e comprometidos com a realidade social do país.

Observa-se a importância da transformação na conjuntura do processo educacional - que inclui o acesso à educação, a participação da comunidade, da família e do Estado. Em seu primeiro artigo a LDB/96 estabelece “a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (BRASIL, 1996).

A LDB/ 96 trata dos princípios e fins da Educação Nacional e reafirma o que foi estabelecido na Constituição de 1988, que a educação é um direito de todos e dever do Estado e da família. Direito social este que deve ser inspirado nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tendo por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Dentre o rol de princípios trazidos por essa lei se encontra entre outros:

Liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber; pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas; respeito à liberdade e

apreço à tolerância; garantia de padrão de qualidade; vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais (BRASIL, 1996).

Compreende-se assim a relevância que a educação tem para nossa sociedade a qual é livre para crescer em todos os níveis da educação, desde o ensino básico até o ensino superior, garantido o direito à pluralidade de ideias, o acesso democrático aos direitos assegurados constitucionalmente, especialmente à educação e à saúde com qualidade, a fim de se alcançar o desenvolvimento social.

Dentre outros importantes aspectos considerados na LDB/ 96, no que se refere especialmente à educação superior, foram instituídas algumas finalidades como o estímulo à criação cultural e ao desenvolvimento do espírito científico e pensamento reflexivo; uma formação participativa no desenvolvimento da sociedade; incentivo à pesquisa, visando ao desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da cultura (BRASIL, 1996).

Visando concretizar tais finalidades no ano de 2001 foram estabelecidas, pelo Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Educação, as orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação através do Parecer CNE/CES 583/2001. Este reforça alguns princípios que devem ser assegurados pelas diretrizes como a garantia às instituições da liberdade na composição da carga horária; indicação dos campos de estudo e experiências de ensino-aprendizagem que irão compor os currículos. As DCN's preconizam práticas que acarretam uma crescente autonomia profissional e intelectual bem como o fortalecimento da articulação entre a teoria e a prática. (BRASIL, 2001).

Assim, de maneira autônoma e partindo das orientações indicadas nas diretrizes fica garantida às universidades a organização dos seus currículos, que devem apreciar a organização dos cursos e dos conteúdos, e o perfil do formando, de modo que o projeto pedagógico oriente o currículo para um perfil profissional desejado (BRASIL, 2001).

Especialmente, na área da saúde, essas diretrizes devem assegurar uma formação profissional condizente com as necessidades sociais de maneira a garantir aos profissionais a prestação de um serviço que garanta a integralidade da assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde, tanto no aspecto preventivo, quanto naquele referente à recuperação da saúde.

A vigência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB/96) e das Diretrizes Curriculares (DCN) provocou mudanças dentro da academia. Os cursos adquiriram autonomia para organizar o ensino em consonância com as necessidades de suas regiões, rompendo com o tradicionalismo dos currículos mínimos e, ao mesmo tempo, se depararam com o desafio de organizarem e incorporarem, em seus Projetos Político Pedagógicos

(PPP's), o arcabouço teórico-filosófico do sistema de saúde brasileiro, além de refletirem sobre as atuais concepções pedagógicas do ensino na área da saúde (KLOH *et al.*, 2014).

A proposta é que, a partir de uma realidade deve-se construir uma nova prática que seja pautada na reflexão das ações utilizadas no processo de produção em saúde. E por meio dessa reflexão, o pensar necessita ser construído diante de uma nova teoria que seja baseada na prática responsável. Aproximando teoria e prática para a construção do conhecimento e promovendo uma formação profissional no sentido de uma prática-teórica e uma teoria-prática (LIMA, 2013).

Os cursos de graduação devem ser conduzidos através das DCN's, abandonando as características de atuarem como simples instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, passando a orientar uma sólida formação básica, preparando o futuro profissional para lidar com os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 1996).

Dessa forma, compreende-se que o movimento de constante luta em defesa do SUS, como um projeto de um sistema universal, público, equânime, integral e democrático, encontra-se na necessidade de se buscar uma concepção da relação educação e saúde, que se configure como resultado da ação política de indivíduos e da coletividade, com base no entendimento da saúde e da educação em suas múltiplas dimensões: social, ética, política, cultural e científica (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Fundamentado na Constituição Federal de 1988, além de outros documentos normativos, como a LDB de 1996 e a Lei 8.080 de 1990, e as diretrizes curriculares dos cursos de graduação da saúde, o Parecer nº CNE/CES 1.133 de 2001, tem como objeto e objetivo em comum, respectivamente:

Permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001).

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001).

Cabe ressaltar que em 2014 em decorrência da Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, criou-se a necessidade de atualização da DCN

do curso superior de Medicina. A nova Diretriz Curricular Nacional desse curso entrou em vigor com a publicação da Resolução 3/2014, revogando a Resolução CNE/CES nº 4, de 2001. Dentre as principais alterações está o estágio obrigatório no SUS, na atenção básica e no serviço de urgência e emergência. Pela Resolução, o internato deverá ter a duração mínima de dois anos, com 30% da carga horária a ser cumprida no SUS (BRASIL, 2014).

Assim, a Resolução instituiu a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada dois anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos. A avaliação será obrigatória e o resultado será contado como parte do processo de classificação para os exames dos programas de residência médica (BRASIL, 2014).

A nova DCN também possui como objetivo a orientação da formação médica. Assim, diante dos novos contornos e demandas da área da saúde no país, consideram-se alguns aspectos relevantes, dentre os quais se encontram as análises e reflexões sobre o período de vigência da DCN anterior reconhecendo os avanços e os desafios ainda existentes, bem como, as novas demandas que surgem a partir da realidade atual no que se referem à saúde bem como às publicações e às experiências vivenciadas pelos responsáveis pelo desenvolvimento do PPP do referido curso. Considerando ainda a literatura que demonstre os novos significados do perfil de competência do profissional a ser formado (BRASIL, 2014).

Para os cursos de medicina iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018. Já os cursos em funcionamento terão o prazo de um ano, a partir da data de publicação da Resolução, para aplicar as determinações às turmas abertas após o início da sua vigência. Os estudantes de graduação em Medicina matriculados antes da vigência desta Resolução terão o direito de concluir seu curso com base nas diretrizes anteriores, podendo optar pelas novas diretrizes, em acordo com suas respectivas instituições, e, nesse caso, garantindo-se as adaptações necessárias aos princípios das novas diretrizes (BRASIL, 2014).

No que se refere ao perfil do egresso e do profissional, as DCN's dos cursos em estudo estabelecem que o profissional seja qualificado para o exercício da profissão, baseado no rigor científico e intelectual levando em consideração os princípios éticos. Tais diretrizes preconizam que os egressos devem estar aptos a conhecer e intervir sobre as condições de saúde e doença identificando os aspectos biopsicosociais.

Observa-se que as diretrizes curriculares destacam importantes aspectos voltados à formação profissional na área da saúde. Tendo como finalidade comum subsídios, que possibilitem aos egressos condições mínimas para o exercício da profissão, de modo resolutivo, a fim de que o acesso integral à saúde seja efetivamente concretizado.

As diretrizes objetivam o desenvolvimento de cidadãos profissionais responsáveis para lidarem com o processo saúde e doença de maneira multiprofissional e interdisciplinar. Assim, os conteúdos curriculares devem estar harmonizados com as condições de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, articulando a realidade epidemiológica e profissional.

4 Capítulo 3

4.1 INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Abordar a integralidade, considerando seu caráter polissêmico, tem permitido expandir sua percepção sobre as diferentes formas de cuidar. A integralidade da assistência está relacionada ao envolvimento do profissional com o cotidiano do seu trabalho, imbricada numa visão do mundo. Está intensamente relacionada à formação do sujeito, ao compartilhar experiências e reflexões para construir sua identidade profissional.

Desde a criação do SUS, houve constantes modificações na busca de um sistema de saúde nos moldes almejados constitucionalmente. O mesmo ocorreu com a formação em saúde pela intensificação de movimentos voltados à construção de outras possibilidades pedagógicas que considerassem as necessidades da formação na perspectiva da implantação do SUS. As políticas públicas intensificaram a relação ensino-serviço, aproximando esse processo da realidade do país, no intuito de formar profissionais com perfil generalista para atender as demandas do sistema de saúde brasileiro (LIMA, 2010).

Destaca-se, na área da saúde, no que tange à formação e atuação profissional, que o governo tem se preocupado com a formulação de programas que tracem estratégias facilitadoras a fim de ampliar a articulação entre o ensino e o serviço. Essa coerência visa promover progressos na concretização das práticas da integralidade nas ações.

Dentre esses programas pode-se citar o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRO-SAÚDE-, que visa incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, através da inserção dos estudantes no cenário real das práticas (BRASIL, 2007).

De acordo com essa perspectiva, no contexto do ensino superior brasileiro, especialmente a partir da década de 1990, houve uma ampliação da autonomia para as instituições na organização do seu PPP e do seu plano de desenvolvimento, tornando indispensável seu compromisso com a qualidade do ensino e com a sua função social (SAUPE; BUDÓ, 2006).

A universidade enquanto ambiente de ensino científico necessita acolher os acadêmicos de diferentes maneiras, permeando-os de significados e conhecimentos científicos em caráter multidisciplinar, articulando uma sequência ordenada de conteúdos para que o aluno seja capaz de assimilar seus significados, não de forma a memorizar uma sequência de

informações, mas de vivenciá-las de acordo com a realidade e refletir a partir de uma análise crítica (SANTOS *et al.*, 2010).

Pensa-se que a formação holística nas IES com as inovações curriculares consoantes com as políticas públicas visa à melhoria do ensino em diferentes fases da constituição profissional. Objetivando aproximá-lo do conhecimento, a fim de possibilitar o desenvolvimento de habilidades cognitivas e a compreensão de que não é possível dissociar a construção do conhecimento das necessidades existentes na sociedade da qual ele também é integrante, fazendo-o assim protagonista de sua formação universitária.

Todavia, apesar de serem espaços privilegiados de discussão e produção de conhecimentos, as instituições ainda apresentam o ensino fragmentado. O desenvolvimento profissional na academia constitui um desafio para o avanço das ações ligadas à saúde da população, notadamente com o processo de implantação do SUS, que demanda a recondução dos métodos de ensino de forma a atender a necessidade de um atendimento integral à saúde (LIMA, 2010).

Nesse sentido, nota-se que o aprendizado do princípio da integralidade, estabelecido politicamente, precisa se consolidar também como princípio pedagógico o qual orienta a formação profissional em saúde. Pressupõe práticas inovadoras, mudanças de atitude e de postura nos diferentes cenários de cuidado à saúde, ou seja, na assistência, na gerência e na formação do profissional que atua nessa área (LIMA, 2010).

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, possivelmente o da integralidade seja menos visível no percurso do sistema e de suas práticas. São evidentes as mudanças do sistema tanto no aspecto da descentralização, com direção única em cada esfera do governo, quanto no que se refere ao controle social. Quanto ao acesso universal no SUS, atualmente já não há barreiras formais que limitem o acesso, uma vez que a saúde é um direito destinado a todos, independentemente de contribuição. Contudo, reconhecem-se as barreiras de acesso que privam brasileiros das ações e serviços de saúde de que demandam, fazendo-se necessário o alcance do real acesso de forma igualitária (MATTOS, 2004).

O texto constitucional traz a expressão “cuidado integral” em vez de “integralidade”. Porém, Mattos (2009) enfatiza que o termo “integralidade” tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz.

Convém assinalar que princípios são mandamentos básicos e fundamentais nos quais se alicerça uma ciência, isto é, são as diretrizes que orientam uma ciência e dão subsídios à aplicação de suas normas (SCHERER; MARINO; RAMO, 2005).

Um primeiro sentido de integralidade relaciona-se com um movimento conhecido como medicina integral. Suas origens remontam aos desentendimentos em relação ao ensino médico nos Estados Unidos. A medicina integral protestava a atitude médica fragmentária diante dos pacientes. Naquele momento, privilegiavam-se as especialidades dificultando a compreensão mais abrangente do paciente, adotava-se uma prática reducionista do indivíduo considerando de modo exclusivo os aspectos biológicos em desfavor das dimensões psicológicas e sociais (MATTOS, 2009).

Criticavam-se os currículos de base flexneriana, que eram dicotômicos, possuindo dois ciclos, um voltado para o aprendizado do conhecimento das ciências básicas, feito predominantemente em laboratório; e um ciclo profissional, direcionado para o aprendizado clínico em que, de modo mais superficial, se aprendia lidar com os pacientes. A intenção era promover mudanças nas escolas médicas e em seus currículos a fim de formar profissionais com atitudes menos reducionistas e menos fragmentárias, médicos que fossem capazes de apreender seus pacientes e suas necessidades de modo mais integral (MATTOS, 2009).

Portanto, para Mattos (2009) a integralidade estava relacionada com uma atitude médica desejável, que se caracterizava pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produziria o sofrimento e, portanto sua queixa. Atitude essa que deveria ser “produzida” nas escolas médicas. Relacionava-se, desse modo, com a boa prática médica.

No Brasil, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em que se incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS (BRASIL, 2004). Tal Programa estabelece que as ações destinadas a prevenir as doenças ou promover e recuperar a saúde da mulher e da criança precisam ser norteadas pelo princípio da integralidade da assistência. Traduzindo-se na prática uma abordagem integral do indivíduo e dos grupos sobre os quais se atua, a fim de alcançar efeitos em âmbito coletivo (BRASIL, 1984).

Compreende-se que a integralidade, estabelecida politicamente no Estado brasileiro para a saúde, destina-se a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Suas origens remontam à própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos

de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários (PINHEIRO, 2008).

Compartilha-se com Araújo e Brasil (2007) que integralidade não pode ser confundida com totalidade, presumindo-se a formação de generalistas capazes de assumir todas as funções da clínica, sem levar em conta a complexidade do processo saúde-doença e a necessidade de constituição de equipes multiprofissionais.

Esse princípio, como uma das estruturas norteadoras da formação, requer uma proposta pedagógica que estimule o aluno a refletir sobre as questões práticas em saúde, sobre seu processo de avaliação como uma ferramenta que o auxilie no reconhecimento de suas dificuldades, para então repará-las, abrindo espaço para a reflexão sobre suas ações. A compreensão do processo de aprendizagem precisa ser percebida como algo que vincula tanto conhecimentos, habilidades e atitudes como ambiente de reflexão da realidade dos sujeitos. Nesse sentido, permite ao aluno e ao professor coexistirem e refletirem sobre as questões que os profissionais precisam conhecer para lidarem com acontecimentos por vezes inesperados no dia a dia, gerando transformações na forma de pensar e de atuar (KLOH *et al.*, 2014).

Embora seja um termo muito utilizado na área da saúde, ainda não há um acordo quanto a sua definição. Para Ayres (2009) como um dos princípios que tem norteados a reconstrução do sistema de saúde brasileiro, a integralidade é talvez a mais difícil de definir e, no entanto, consiste num tema no qual ainda recaem grandes desafios para a efetiva consolidação do SUS e de suas importantes missões:

O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um (AYRES, 2009, p.11).

A integralidade legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Esse princípio, ao ser constituído como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes do cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização (PINHEIRO, 2008).

Compreende-se que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale

lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2009).

É uma das diretrizes mestras da reforma do sistema de saúde brasileiro, o próprio caminho para construção de algo melhor. Entre os seus diversos sentidos está o direito universal do usuário de ser atendido em suas necessidades de saúde. Outra concepção está atrelada às práticas de cuidado, de acolhimento e de humanização como instrumentos para que tanto os profissionais como os serviços de saúde prestem uma assistência integral. (FONTOURA; MAYER, 2006).

Na compreensão de Mattos (2009), a integralidade no contexto da luta do movimento sanitário, sustenta uma ideia de fusão, com muitos sentidos. Nesse aspecto, talvez não haja uma resposta única para o conceito de integralidade, uma vez que ao delimitar seu significado poder-se-ia eliminar alguns dos seus sentidos, silenciando assim algumas indagações dos atores sociais que lutam por uma sociedade mais justa. Já no contexto de uma “imagem-objetivo”, o autor a diferencia de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode se tornar real num horizonte temporal definido.

A prática da integralidade articulada com os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde atualmente é um desafio, por isso se faz necessário conhecer o que vem a ser esse princípio a fim de coloca-lo em prática (SILVA; RAMOS, 2010).

Dessa maneira, compreende-se que toda imagem-objetivo possui diversos sentidos conexos, ela é polissêmica. Seus sentidos são integrados, traçados numa conjuntura de luta. Uma imagem-objetivo não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser. Ela traz um grande número de possibilidades de realidades futuras a serem criadas, que tem em comum a superação dos aspectos criticados na realidade atual, a qual se almeja transformar (MATTOS, 2009).

No que se refere à formação dos profissionais da área da saúde, verifica-se que a proposta de um atendimento integral se faz presente nas orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação. A atenção integral implica a ampliação dos referenciais com que cada profissional trabalha na construção de seu repertório de compreensão e atuação, além do reconhecimento de suas limitações profissionais. Considerando que a formação e o exercício profissional em saúde vêm marcados pelo desenho flexneriano⁷ no ensino e no traba-

⁷ O adjetivo “flexneriano” é aplicado, geralmente, com caráter pejorativo aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. Esta foi a sua proposta de Abraham Flexner que se tornou mais conhecida, embora não seja a única (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

lho, para ampliar a qualidade da atenção à população brasileira torna-se necessário orientar as graduações para a integralidade da assistência e esse é o objetivo proposto pelo Ministério da Saúde para a mudança na formação desses profissionais (BRASIL, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Na área dos serviços de saúde, a integralidade, assim como os demais princípios, deve ser pensada como uma ferramenta para organizar as práticas profissionais. A integralidade é tida como um termo novo e vem designando várias dimensões e sentidos, como um eixo integrador de serviços, visando a uma visão holística do sujeito da assistência, trazendo a aceção de atendimento integral às demandas e necessidades individuais e coletivas (SILVA; RAMOS, 2010).

A relação existente entre educação e integralidade em saúde busca um ensino em saúde como estratégia integradora de um saber coletivo, capaz de traduzir a autonomia e emancipação dos indivíduos. Isso demanda considerar o usuário como sujeito histórico, social e político, não desvinculado do seu contexto familiar, do meio ambiente e da sociedade. O preparo de profissionais para esse papel educativo requer repensar as práticas de ensino no processo de formação (MACHADO *et al.*, 2007).

Dessa maneira, vê-se a relevância da oferta de um ensino em saúde que seja facilitador do processo de compreensão e internalização desse princípio pelos profissionais como um fator necessariamente demandado nas ações direcionadas à saúde. Fortalecendo assim as ações conjuntas com os diferentes campos do saber, para se atingir os objetivos preconizados pelas políticas públicas e os resultados ansiados pelo cidadão no que se refere à saúde individual e coletiva.

Reconhece-se, entretanto, que as mudanças no que diz respeito à integralidade, não têm sido tão evidentes. Elas acontecem, mas ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade desejada. Por isso, talvez seja oportuno dedicar maior atenção ao exame deste princípio durante a formação acadêmica (MATTOS, 2004).

5 Capítulo 4

5.1 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA NOS PPP's DOS CURSOS DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA

A UFVJM foi fundada, em 1953, pelo então presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, na cidade de Diamantina-MG como Faculdade de Odontologia. Em 1960, foi federalizada como Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina – FAFEOD. Anos depois, em 1997, iniciou-se o curso de Enfermagem. Posteriormente, em 2002, foi transformada nas Faculdades Federais Integradas de Diamantina (FAFEID). Já em 2005, ocorreu sua transformação em Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Em 2014, iniciou-se a primeira turma do curso de Medicina.

Observa-se, como características comuns dos cursos em estudo, que ambos se encontram na modalidade bacharelado, regime de matrícula semestral e a mesma forma de ingresso. Quanto ao tempo de integralização, o curso de Enfermagem possui o tempo mínimo de 05 anos e máximo de 07 anos, com carga horária de 4.010 horas, com 30 vagas anuais. Já, em Medicina, o período mínimo consiste em 06 anos e o máximo em 09 anos, com carga horária de 9.128 horas, 60 vagas anuais - 30 por semestre. Ambos são ofertados no Campus Diamantina.

Ressalta-se que o PPP de enfermagem em vigência foi elaborado em 2011 e vem sendo reformulado no ano de 2016 pelo respectivo departamento.

A leitura dos PPP's possibilitou a identificação de expressões ou palavras que remetesse a abordagem do princípio da integralidade de acordo com a literatura e com os atos normativos brasileiros vigentes, como a Constituição Federal, a Lei 8080/1990 e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos respectivos cursos.

No que se refere à adesão dos currículos às diretrizes na perspectiva da integralidade da assistência verifica-se, no texto de ambos os PPP's, uma busca pela flexibilidade e autonomia preconizadas pelas DCNs. Esses documentos se direcionam para uma formação profissional generalista, com perfil crítico e reflexivo, centrada no desenvolvimento do indivíduo em conformidade com a consolidação do sistema de saúde brasileiro, abarcando educação e a saúde como direito social.

Ao considerar a efetiva consolidação do sistema de saúde, faz-se necessário que cada futuro profissional tenha essas características externadas em sua atuação laboral, o que leva-nos a compreender que a formação será direcionada para um ensino ajustado com as

demandas sociais em saúde tomando os princípios do SUS, em especial o da integralidade, não como mais uma matéria, a ser decorada, mas sim como um valor, um pré-requisito para atenção em saúde de maneira abrangente, que considere todos os aspectos relacionados ao aspirado completo bem-estar biopsicossocial.

De uma maneira geral, os projetos visam ao atendimento integral, uma vez que entre as perspectivas sobre as quais este princípio foi contemplado na Reforma Sanitária se encontra uma atuação profissional que abrange as dimensões biológica, psicológica e social bem como a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária (PAIM; SILVA, 2010).

Assim, para uma melhor organização e descrição da análise documental, optou-se por dividi-la em três unidades de sentido presentes nos PPP's – objetivo do curso; organização curricular e perfil do egresso. Tal divisão resultou da busca pelos termos/passagens textuais que remetessem a presença do princípio da integralidade durante o ensino. Organizou-se essas unidades de sentido em uma tabela (TABELA 1), conforme se apresenta a seguir:

Tabela 1- Análise documental: unidades de sentido para formação profissional em Enfermagem e em Medicina

Unidades	PPP - Enfermagem	PPP - Medicina
Objetivo	Formação geral, orientados a excelência, voltados às necessidades de saúde das pessoas e da sociedade e ao cuidado ético, integral e humanizado; articulação ensino-extensão; integração à rede de serviço de saúde - SUS; integração teórico-prática e transformação da realidade local.	Formação geral, humanista, ética, crítica e reflexiva; articulação ensino-pesquisa-extensão; uma abordagem construtivista do processo ensino aprendizagem; participação de preceptores vinculados aos serviços de saúde na formação dos estudantes e a construção de novos saberes voltados à melhoria da saúde das pessoas e, por extensão, da qualidade de vida da sociedade.
Perfil do egresso	O curso assume o compromisso de formar profissionais egressos, conforme propõem as DCN's.	O curso assume o compromisso de formar profissionais egressos, conforme propõem as DCN's.
Organização Curricular	Eixo norteador: diálogo estruturante estabelecido entre a Universidade e a sociedade; integração/teoria/prática/serviço e relação horizontalizada entre professor e aluno.	Integração entre conteúdos lecionados no ciclo básico e no ciclo profissional; a teoria e a prática; os mundos do trabalho e da aprendizagem, a partir de uma estreita articulação entre a UFVJM e o SUS; a formação médica e a formação dos demais profissionais da área da saúde, priorizando o desenvolvimento da cooperação e do trabalho em equipe.

Fonte: Autor

Unidade Objetivo

Em relação a essa unidade verificou-se nos PPP's a intenção institucional de uma mudança na formação acadêmica, com um maior afastamento do modelo biomédico e um reconhecimento do indivíduo de uma forma mais ampliada. De modo a facilitar a compreensão da saúde não só como a ausência de uma patologia e sim como um estado de completo bem-estar biopsicossocial.

Caminha-se assim, rumo ao oposto do definido no modelo flexneriano, que é baseado num paradigma fundamentalmente biológico e individualista que gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro da atividade científica e da assistência à saúde, sendo incapazes de atender as demandas da sociedade (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Compreende-se que o modelo flexneriano se distancia da integralidade da assistência, uma vez que o indivíduo é visto de forma fragmentada, desconsiderando os aspectos socioculturais, econômicos e epidemiológicos inerentes a cada pessoa.

Vale a ressaltar, conforme o estudo de Silva e Rodrigues (2010), que apesar de os princípios teóricos do SUS considerarem a existência de inúmeros fatores influenciadores do processo saúde-doença, este sistema de saúde não pode deixar de considerar as causas biológicas e individuais que venham transcorrer o processo de adoecimento, pois a atenção à saúde agrega a clínica às práticas terapêuticas de prevenção, proteção, promoção e reabilitação.

Dessa forma, uma atenção à saúde baseada no atendimento integral abarca em si o indivíduo compreendido em todos os aspectos relacionados à sua condição de vida. Mesmo na dimensão individual, apresenta um caráter completo, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores (PAIM; SILVA, 2010).

Na perspectiva dos objetivos definidos nesses PPP, infere-se a busca pela articulação entre o ensino e o serviço a fim de possibilitar aos acadêmicos o contato com diferentes contextos da prática profissional levando-os à construção de novos saberes - que sejam voltados para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Desse modo, compartilha-se com Kloh *et al.* (2014) que essa articulação facilita a consolidação da integralidade como princípio pedagógico o qual deve orientar a formação em saúde. Esse princípio se traduz em ações cotidianas, estabelecidas mediante relações dialógicas entre os sujeitos que ensinam e aprendem ensinando. A integralidade é construída, cotidianamente, através de uma reflexão coletiva do contexto real das práticas de saúde e de ensino.

Essa articulação entre ensino, prática e serviço torna-se relevante durante o desenvolvimento do educando na academia, pois é através dela que se darão os seus primeiros contatos com o real contexto profissional, possibilitando a compreensão da complexidade do processo em que se insere a atuação profissional. Assim, esse vínculo se torna eficaz no processo de consolidação do SUS.

Nesse sentido, verifica-se que os projetos dos cursos visam a um currículo integrado ao estabelecerem um ensino capaz de preparar alunos que sejam ativos na construção do seu conhecimento através da associação facilitada dos conteúdos curriculares. Objetivando assim, a superação da dicotomia entre a teoria e a prática durante a formação.

A definição do currículo integrado consiste num plano pedagógico que proporciona, de modo dinâmico, um aprendizado articulado entre trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade. Sempre considerando nessas relações as características sociais e culturais onde esses processos se desenvolvem (BRASIL, 2005).

Conjuntamente com Albuquerque *et al.* (2007) entende-se que a formação precisa possibilitar o entendimento da necessária garantia do cuidado que as pessoas demandam, em todas as suas dimensões, das atividades de promoção e prevenção, bem como daquelas que envolvem serviços com uma maior densidade tecnológica. Enfim, o que se deseja é uma formação que garanta o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social.

A conexão simultânea de acesso ao conhecimento implica o alcance dos sentidos práticos do princípio da integralidade de acordo com as necessidades da comunidade.

Para Ayres *et al.* (2012) um desses sentidos consiste na integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos, e recuperação da saúde e reinserção social. O sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, o contrário, consiste em criar sinergismos que aperfeiçoem o desenvolvimento das ações.

Assim, quanto à proposta definida nesses PPP's, é possível identificar o intuito de viabilizar a aplicação do princípio da integralidade durante o processo de formação profissional. Uma vez que, busca-se, nesses documentos, orientar o ensino em saúde que seja compatível com a realidade social, levando em consideração não somente o aspecto biológico do ser humano, não menos importante, mas também outras carências inerentes ao indivíduo como um sujeito singular.

Unidade Perfil do Egresso

Quanto a essa unidade de sentido, percebe-se um compromisso de promover uma formação em consonância com a essência da representação profissional definida nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos.

“[...] Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.(DCN, 2001).

Santos (2006) define como profissional generalista aquele que precisa incorporar à sua bagagem clínica atributos que auxiliem a articulação de projetos de intervenção individual e coletiva, como o saber epidemiológico, a educação em saúde, o trabalho em equipe, e a gestão em saúde. Busca-se formar profissionais capazes de promover ações intersetoriais no que alude à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde. Destaca-se a relevância da aquisição de sólidos conhecimentos sobre as relações humanas, a iniciativa, o dinamismo, e a capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar.

Dessa forma, compartilha-se com Furlanetto *et al.* (2014) que o profissional generalista necessita ser capaz de conhecer o indivíduo em sua integralidade, de entender o todo como a base do atendimento das necessidades de saúde das pessoas.

Em relação à formação humanista, pode-se vincular tal expressão a um atendimento humanizado que se constitui na forma como se percebe o ser humano, como um ser único e insubstituível, completo e complexo, o que inclui o respeito, o acolhimento, a empatia, a escuta, o diálogo, as circunstâncias social, ética, educacional e psíquica, além da valorização dos significados atribuídos pelo ser humano à sua experiência de adoecimento e ao sofrimento, da prevalência da comunicação e do diálogo (CASATE; CORRÊA, 2012).

Nessa concepção, compartilha-se com Oliveira e Cutolo (2012) que integralidade e humanização possuem significados variados, conceitos que se encontram em construção. Caracterizam-se por atitudes a serem desenvolvidas na inter-relação pessoal, possibilitando uma abordagem mais integral. O reconhecimento da necessidade do outro a partir da integralidade desencadeia atitudes e ações humanizadas. Portanto, pode-se deduzir que a humanização é consequência da aplicação do princípio da integralidade.

Para Campos (2003) a garantia do princípio da integralidade implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar e

ao relacionamento do profissional com os pacientes. Indivíduos e coletividades necessitam dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano.

Constata-se dessa forma, que a humanização é intrínseca à integralidade, pois a prática daquela contribui para a integralidade do cuidado, uma vez que só se produzem ações humanizadas através de uma percepção integral do processo saúde-doença, pois toda ação nesse contexto depende de uma concepção ampliada de saúde (OLIVEIRA; CUTOLO, 2012).

Tal fato corrobora com o estudo de Silva e Rodrigues (2010), em que se observa que a formação profissional precisa ser orientada às demandas das novas políticas de saúde, com presença de conteúdos e de práticas ajustadas com os princípios do SUS, o controle social, a aproximação entre profissionais e usuários, a abordagem integral do indivíduo e a superação da hegemonia hospitalar.

Assim, considerando que os cursos em estudo trazem esse perfil como o esperado, após a formação acadêmica, entende-se pela observação dos PPP's, no que se refere à dimensão política, que esses projetos estabelecem um ensino que possui a intencionalidade da aplicação do princípio da integralidade em suas práticas pedagógicas.

Unidade Organização Curricular

Da análise das estruturas curriculares com as respectivas ementas, buscou-se identificar a presença do princípio da integralidade no que tange à formação profissional. Vale destacar que se optou por enfatizar os módulos que abordassem de forma explícita ou implicitamente o princípio da integralidade da assistência no ensino.

No curso de medicina, verificou-se uma estrutura curricular organizada em doze semestres com a ocorrência do internato nos dois últimos anos. Identificou-se a escolha pela ordenação dos conteúdos em módulos consecutivos em que diversas disciplinas se comunicam. Destacou-se assim, a primazia pela articulação entre os conteúdos que compõem o currículo a fim de diminuir a dissociação entre os ciclos básico e profissional.

Tal organização vai ao encontro do que se encontra definido na atual DCN quanto aos conteúdos curriculares “[...] promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais”.

De maneira semelhante acontece no curso de enfermagem, que se encontra organizado em 10 semestres, sendo o internato realizado no último ano. Observou-se a partir do primeiro semestre a combinação entre disciplinas específicas e básicas.

Para Opitz *et al.* (2008) essa integração entre os conteúdos é entendida não somente como a soma das partes ou agrupamento de objetos distintos de partes diferentes, mas sim como a unidade que deve existir entre as diversas disciplinas. Diferentemente do modelo curricular tradicional em que não se garante sinergia entre as disciplinas, o currículo integrado possibilita a interligação dos conteúdos, uma vez que o ensino se volta para o aluno.

No que se refere à proposta pedagógica de medicina observou-se a busca pela construção de competências específicas, pautadas numa atuação comprometida com a promoção da saúde e com a prevenção da doença, na qualificação da intervenção terapêutica, na ética, bem como o comprometimento com o trabalho em equipe, com a competência social e com a liderança e a comunicação (PPP, 2013).

Também, busca-se nesse projeto a atenção integral da saúde e as ações integrativas que auxiliem os estudantes a construir um quadro teórico-prático global mais significativo e mais próximo dos desafios que enfrentarão na realidade profissional (PPP, 2013).

Na mesma direção, observou-se no currículo de enfermagem que este visa à utilização de serviços de saúde e de outros equipamentos sociais como cenários de aprendizagem a fim de viabilizar a diversificação e a desconcentração da formação, aproximando os estudantes da real prática. Busca-se considerar as diferentes dimensões do cuidado numa perspectiva da integralidade da atenção, incorporando os alunos aos cenários de atendimento domiciliar, ambulatorial, pré-hospitalar, hospitalar, em serviços de urgência e emergência, escolas, creches e instituições para idosos, entre outros (PPP, 2011).

Infer-se que a organização desses PPP's traz embutida em si um dos conceitos da integralidade, pois se busca uma transformação da prática de ensino e aprendizagem através de estratégias pedagógicas que favoreçam a comunhão entre diferentes aspectos em que se insere todo o processo de saúde-doença.

Em consonância com o entendimento de Carbogim *et al.* (2014) compreende-se a integralidade no ensino em saúde como um dispositivo para construir caminhos através do vínculo, do diálogo, da valorização dos saberes diversos, da subjetividade/individualidade/coletividade, da participação social, da humanização, da promoção da saúde, da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, como possibilidades de transformação das ações e práticas de saúde.

Analisando a apresentação do princípio integralidade nesse contexto foi possível compreender que a interligação entre os conteúdos viabiliza a construção de uma concepção abrangente do ser humano, como complexo em suas necessidades quanto cidadão, o qual possui assegurado o

acesso a serviços de saúde estruturados e compostos por profissionais capazes de percebê-lo como sujeito único .

Pactua-se com Silva e Sena (2008) que a integralidade na formação implica assumir um agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender e ensinar, o que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Partindo dessa concepção, tem-se a integralidade como objeto de reflexão no movimento de mudança das práticas pedagógicas, o que reflete nas práticas de atenção à saúde.

Partindo desse pressuposto, verificou-se, entre os módulos que compõem a estrutura curricular do curso de medicina, dois módulos importantes para o contexto do ensino em saúde pautado no princípio da integralidade. Trata-se dos módulos “Desenvolvimento Pessoal e o de Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC)” e o “módulo de Desenvolvimento Pessoal”. Os dois estão contidos no currículo do primeiro até o oitavo período.

A proposta desses módulos é possibilitar experiências de aprendizagem baseadas na comunidade, com abordagem teórica e prática. Infere-se deles a relevância dos aspectos humanísticos no ensino, a saber:

(...) estimular nos alunos o compromisso com a defesa da vida, para que possam desenvolver suas atividades e tomar decisões a partir de valores e convicções éticas e morais; trabalhar as habilidades de comunicação médico-paciente, empregando como ferramenta o método clínico centrado na pessoa. Isto requer não só a aquisição de conhecimentos, mas principalmente, o desenvolvimento de habilidades e atitudes que favoreçam uma visão integral do ser humano (PPC, 2013, p.46).

Tem como objetivo o conhecimento da realidade socioeconômica-cultural do nosso meio, propiciando aos alunos uma visão coletiva destes problemas e a percepção de seu papel na comunidade, contribuindo para a construção de uma sociedade mais sadia e justa (PPC, 2013, p.47).

Entende-se que essa abordagem busca uma orientação agregadora voltada para um ensino que potencialize competências para a integralidade da assistência. Dentre as definições atribuídas à integralidade tem-se compartilhado a concepção de Ceccim e Feuerwerker (2004), de que a formação não é meramente técnica, pois precisa compreender a cultura das populações. “A integralidade responde a essa necessidade de os profissionais perceberem que estão sempre lidando com histórias familiares, de vida, e não eventos patológicos.”

Nesse sentido, compartilha-se da reflexão de Vilela e Mendes (2003) de que a saúde é considerada uma área eminentemente interdisciplinar e a integração das disciplinas no âmbito dos cursos certamente permitirá a formação de profissionais mais comprometidos.

Constata-se, no currículo de medicina, uma busca consoante com o ensino preconizado pela DCN do referido curso, a qual estabelece:

[...] o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social (DCN, 2014, p.34).

[...] concretizar a integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde [...] (DCN, 2014, p.34).

No primeiro semestre desse curso tem-se o módulo “Educação e Medicina” que aborda dentre os seus tópicos “O ser humano na dimensão biopsicossocial”. Tem-se também o PIESC I que pontua entre os tópicos “História das Políticas de saúde no Brasil- Leis orgânicas da saúde (LOAS) 8.080 e 8.142”; “SUS – história, princípios e diretrizes”; “Atenção Primária de Saúde no Brasil e a Política Nacional de Atenção Básica”, “Princípios da Medicina de Família e Comunidade” e “Trabalho em equipe - Redes de atenção”, entre outros.

Observa-se no decorrer de cada semestre a oferta conjunta dos conteúdos do ciclo básico e no ciclo profissional de modo a integrar as disciplinas. Compreende-se que se busca uma comunicação entre as diferentes disciplinas de modo a interligar os aspectos inerentes ao indivíduo incorporando os valores éticos ao conhecimento técnico-científico.

Acredita-se que ao possibilitar, desde o início do curso, o contato do aluno com tópicos não somente morfofuncional, mas também aqueles relacionados aos aspectos humanísticos e éticos, bem como os conteúdos atrelados às políticas públicas, como as diretrizes e princípios do SUS, promove-se uma ação facilitadora que propicia a compreensão desse princípio.

Assim, instiga-se a problematização quanto aos valores e às conquistas sociais, ampliando a compressão da saúde para além dos aspectos meramente biológicos. Nesse sentido, o currículo contribui para ensino da integralidade e para a contextualização desses temas durante a formação acadêmica.

Diferentemente da lógica da assistência direcionada à doença com foco na especialização voltada unicamente para a cura, verifica-se um processo de transformação no ensino, que se encontra mais direcionado para a efetividade do SUS. Almeja-se exceder a visão limitada da percepção da saúde, que se relaciona de forma desvinculada do contexto social e do conceito da atenção integral.

Compartilha-se do entendimento de Ceccim e Feuerwerker (2004) de que o processo de formação necessita buscar desenvolver condições de atendimento das necessidades

de saúde das pessoas e das populações, redimensionando o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos à condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

As DCN's de enfermagem e medicina (2014, p.28; 2001 p. 4) estabelecem, quanto aos conteúdos essenciais para esses cursos: “[...] devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidado [...]”. Devem contemplar “[...] a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde/doença [...]”.

Nesse sentido, corrobora-se com compreensão de Garcia *et al.* (2006) e Mattos (2009), quanto ao entendimento da construção da integralidade no ensino. Uma vez que, sua consolidação como princípio requer que o conhecimento seja trabalhado de forma interdependente, a fim de promover associações recíprocas. É preciso superar a separação entre as disciplinas de mesmo domínio e a separação da reflexão filosófica.

Na estrutura curricular do curso de enfermagem, não se observa uma menção explícita aos termos “integralidade” ou “atenção integral”. Contudo, através da análise das ementas, identificam-se subsídios que viabilizam o ensino desse princípio como necessário à atuação profissional. Nesta acepção considera-se o objetivo da disciplina “Antropologia”, a seguir:

Envolver os/as estudantes num debate que contribua para uma reflexão antropológica das problemáticas socioculturais (questão étnica, religiosa, inclusão, direito a diferença, saúde e a questão cultural, etc) da atualidade, contribuindo assim para um bom desenvolvimento de sua atividade profissional. Focar a especificidade do curso do acadêmico em relação aos conteúdos trabalhados na disciplina, produzindo, assim, um diálogo interdisciplinar. Partindo da concepção que o cuidar e o curar permeia os objetivos de todos os cursos da área de saúde, problematizaremos a percepção cultural da saúde e da doença, ou seja, a representação social do processo saúde-doença (UFVJM, 2016).

Acredita-se que a conjuntura desses aspectos está atrelada a integralidade da assistência, uma vez que, busca-se um diálogo interdisciplinar contribuindo para a reflexão contextualizada sobre a saúde.

Embora as ementas disciplinares não manifestem explicitamente o princípio da integralidade, identifica-se no PPP do curso de enfermagem a relevância da integração entre ensino/ prática/ serviço para uma formação contextualizada com a realidade, de modo a diminuir a fragmentação da informação e promover capacidades crítico-reflexivas, considerando a assistência na perspectiva da integralidade.

Quanto aos semestres subsequentes, observa-se, nos planos de ensino, que os alunos são levados a cenários reais de prática para a realização de tarefas que sejam associadas às disciplinas estudadas. Esta integração, entre o ensino e a prática, pode ser observada na descrição da ementa da disciplina “Enfermagem em Saúde Pública I”, a qual define: “Estuda instrumentos metodológicos visando à prevenção de eventos que alteram a saúde ao nível individual e coletivo, mediante participação da comunidade e equipe de enfermagem”. Quanto aos objetivos dessa disciplina, observa-se o seguinte:

Reconhecer as características clínicas e epidemiológicas das doenças transmissíveis, sendo capaz de desenvolver as ações de prevenção destas como: a notificação, a busca ativa, a investigação, o tratamento e a vacinação. Assistir a clientela de forma humanizada e resolutiva, tanto a nível individual como coletivo, utilizando como instrumento a vigilância na saúde. Desenvolver no âmbito da enfermagem metodologias que facilitem a participação consciente e responsável da comunidade. Integrar o aluno o mais precocemente nos serviços de saúde da atenção primária a saúde (UFVJM, 2016).

Desse modo, apesar de não se observar, nas ementas disciplinares desse curso uma clareza quanto ao enfoque na integralidade da assistência entende-se, por inferência, que os conteúdos administrados possibilitam que a temática seja abordada durante ensino, tal como se observa também nos objetivos da disciplina “Enfermagem na saúde da criança e do adolescente”.

Prestar assistência de enfermagem à criança e ao adolescente nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde; conhecer os programas de assistência à saúde da criança e do adolescente implementados e em execução na comunidade; analisar os principais agravos e riscos que acometem a saúde da criança e do adolescente, na comunidade e em nível hospitalar; discutir a situação de saúde da criança e do adolescente no país; discutir a saúde mental da criança e do adolescente nos vários níveis de atenção à saúde; conhecer as políticas de saúde para crianças e Adolescentes no país; realizar visita técnica a um hospital infantil de grande porte (UFVJM, 2016).

Identifica-se assim a intenção de abordar o processo saúde-doença dessa população de modo articulado com o contexto epidemiológico e profissional, o que viabiliza um entendimento abrangente desse processo.

Assim, infere-se, quanto à organização curricular do curso de medicina, uma menção mais explícita de um ensino que considere a importância da integralidade da assistência. Do primeiro ao oitavo semestre, têm-se os módulos “Desenvolvimento Pessoal e o de Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC)” e o “módulo de Desenvolvimento Pessoal”, que abordam, dentre outros aspectos, o processo saúde-doença; a abordagem familiar e comunitária; os princípios dos SUS; a relação médico-paciente e o acolhimento.

Quanto ao curso de enfermagem, embora suas ementas curriculares não explicitem um ensino pautado na integralidade da assistência, compreende-se que há recursos facilitadores para que essa prática se estabeleça, uma vez que, existe em sua estrutura curricular, uma integração entre as dimensões biológica, ética e social durante o transcorrer do curso. O que permite a abordagem temática do princípio da integralidade durante o ensino.

Para Silva e Sena (2006) a formação, na perspectiva da integralidade, implica assumir a centralidade e a direcionalidade da formação para a produção do cuidado. Isso deveria orientar a reestruturação dos conteúdos, bem como a incorporação de práticas pedagógicas inovadoras e a diversificação dos cenários de aprendizagem, possibilitando a interação ética e dialógica entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este estudo poderá contribuir para pesquisas no campo do ensino em saúde quanto à temática acerca da integralidade da assistência em seus processos de formação profissional, bem como para as áreas correlatas.

Para tal, ao analisar a maneira como o princípio da integralidade, estabelecido pelo SUS, está contemplado no Projeto Político Pedagógico dos cursos de Enfermagem e de Medicina, identificou-se no primeiro capítulo, que abordou o contexto histórico do sistema de saúde brasileiro, que o SUS representa uma conquista social consolidada politicamente, que assegura o direito ao acesso universal, integral e com equidade à população. Contudo, ainda enfrenta desafios quanto à efetiva prática de suas diretrizes, especialmente no que diz respeito à integralidade da atenção em saúde.

Nessa percepção, no que se referem aos direitos sociais assegurados pela Constituição Cidadã, compreendeu-se que a saúde passou a ser ofertada de modo democrático, em que todos têm esse direito garantido. Além disso, a saúde tem sido reorientada para um modelo não mais centrado na assistência médico-hospitalar, mas sim em ações promotoras da saúde e de prevenção de agravos.

Descreveu-se, no segundo capítulo, que o contexto educacional brasileiro se desenvolveu social e economicamente, o que acarretou mudanças no ensino em saúde em busca de progressos quanto à formação profissional em conformidade com as necessidades públicas a fim de consolidar o SUS. Assim, as instituições educacionais adquiriram autonomia para construir seus currículos de acordo com as orientações estabelecidas pelas DCN's as quais definiram os fundamentos, condições e procedimentos para a formação profissional.

Já no terceiro capítulo, compreendeu-se o princípio da integralidade preconizado pelo SUS e evidenciou-se esse princípio como valor orientador das ações em saúde, o que implica sua necessária abordagem durante o ensino acadêmico embasado numa postura articulada e contextualizada. Considerou-se sua aplicação nas variadas situações em que se insere a saúde pública, tendo a formação como a base para a construção da atenção integral.

Assim, compreendeu-se que o ambiente acadêmico e os projetos de ensino ao oportunizarem estratégias que possibilitem a vivência prática das necessidades em saúde, possibilitam reflexões sobre um agir que considere as demandas das pessoas e da coletividade.

No quarto capítulo, analisou-se a presença do princípio da integralidade nos currículos dos cursos de Enfermagem e de Medicina. Concluiu-se, quanto ao papel orientador dos currículos para a formação dos profissionais de saúde, que os PPP's têm se comprometido

com o ensino voltado às necessidades sociais em saúde. Observou-se, na dimensão política, do curso de Enfermagem e de Medicina, uma conformidade com o que se tem definido pelas políticas públicas de ensino, uma vez que suas estruturas curriculares trazem explícita ou implicitamente, no caso do curso de enfermagem, o princípio da integralidade.

Identificou-se nesses PPP's o reconhecimento da necessidade de profissionais empenhados, que tenham uma concepção ampliada da saúde e que considerem o princípio da integralidade como essencial para a atuação eficaz na abordagem do paciente quanto às suas necessidades, de modo a considerar os determinantes e condicionantes no processo saúde-doença.

Vale ressaltar, que se reconhecem as limitações do presente estudo no que refere a uma maior comprovação, por meio de entrevistas direcionadas aos sujeitos que vivenciam diretamente o plano traçado pelos PPP's. Torna-se assim necessária uma investigação mais ampla dessa realidade através da escuta dos discentes e docentes em relação à vivência do que se tem estabelecido nos referidos PPP's. Entretanto, acredita-se que esta análise documental propiciou a aquisição de subsídios para o conhecimento situacional dos projetos dos cursos frente ao que se tem definido pelas diretrizes curriculares quanto à presença do princípio da integralidade.

Concluiu-se assim, com base nos resultados, que os projetos objetivam uma formação profissional que seja efetiva, com um perfil profissional resolutivo frente aos reais cenários da profissão, levando em consideração a importância de um ensino voltado para a atenção integral.

Portanto, via, através do acesso às vozes dos sujeitos envolvidos nas relações de ensino e aprendizagem, pretende-se desenvolver novas pesquisas acerca da temática da integralidade, bem como outros princípios doutrinários do SUS. Buscando compreender sua configuração durante a formação/atuação profissional em saúde.

Ressaltando que a integralidade da assistência se torna um aspecto imprescindível durante a atuação profissional, entende-se que a forma holística no trato com os pacientes se torna necessária durante o processo de ensino e aprendizagem, uma vez que a base do processo formativo ocorre durante a graduação.

Sendo assim, faz-se necessária o conhecimento dos princípios doutrinários do SUS bem como das DCN's, indo para além de um conteúdo em uma unidade curricular específica. Necessita-se que essa abordagem seja integrada durante o decorrer do curso. Diante disso, como desdobramento desta investigação, formulou-se outro produto, além deste texto,

que consiste em um folder (Apêndice A) para discentes dos cursos de saúde, preferencialmente entregue no ato da matrícula e/ou disponibilizado no site da UFVJM.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, J. L. M.; BALZAN, N. C. Avaliação de Projeto Político Pedagógico pelos funcionários: Espaços e representatividade. **Revista de Avaliação da Educação Superior**, v.13, n. 3, p. 745-770, 2008.

ALBUQUERQUE, V. S., *et al.* Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.3, p. 296-303, 2007.

ALMEIDA, Debora Vieira. **O ensino de humanização nos currículos de graduação em enfermagem**. São Paulo: USP, 2007. 22 p. Dissertação (mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ALVES, Thamar Kalil de Campos. **Identidade (s) latino-americana (s) no ensino de História**: um estudo em escolas de ensino médio de Belo Horizonte, MG, Brasil. 2011. 120 p. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011.

ARAÚJO D.; MIRANDA, M. C. G. BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.1, p. 20-31, 2007.

AYRES, J. R. C. M.; *et al.* Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.40, p.67-81, 2012.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Revista Saúde e Sociedade**, v.18, n.2, p.1-13, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.

BORGES, Celiane Camargo. **Sentidos de saúde/doença produzidos em um grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família**. Ribeirão Preto: USP, 2002. 2 p. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em psicologia-Faculdade de filosofia, ciências e letras de Ribeirão Preto da USP, São Paulo, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial** / Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 13p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Aprendersus: - O SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf>. Acesso em :06 Set. 2015.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Conferências Nacionais de Saúde: Contribuições para a construção do SUS.** Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/sergioarouca.php>>. Acesso em: 01 Dez. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 2014.118- 123 p.

BRASIL. Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996 e Atos Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública.** Brasília: Funasa, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Superior. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF) 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução Nº 116 de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF) 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 5.773, de 09 de maio de 2006. **Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições**

de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. **História.** Brasília, DF. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/content/article/97-conhecaomec-1447013193/omec-1749236901/2-historia?instituicao=>>>. Acesso em: 18 Jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto multiplica SUS. Oficina de Capacitação Pedagógica para a Formação de Multiplicadores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de ações básicas de saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e Definições em Saúde.** Brasília: 1977. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 05 Dez 2015.

BRASIL. **Nota Técnica nº 10, de 2011 CONOF/CD.** A saúde no Brasil. História do Sistema Único de Saúde, arcabouço legal, organização, funcionamento, financiamento do SUS e as principais propostas de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Parecer CNE Nº 776/97. **Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação.** Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura, 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legisla05.pdf>>. Acesso em: 26 Fev. 2015.

BRASIL. Parecer CNE/CES 583/2001. **Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Ministério da Educação e Cultura,** 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>>. Acesso em: 26 Fev. 2015.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de dezembro 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**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 27 Abr. 2015.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, n.8, v.2, p. 569-581, 2003.

CARBOGIM F.C. *et al.* Paradigma da integralidade no currículo e nas estratégias de ensino em enfermagem: Um enfoque histórico-cultural. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.4, n.1, p. 961-970, 2014.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.1, p. 219-226, 2012.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B., MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 69-92 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Sistema Único de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**, Brasília, DF, v. 2, p. 17, 2011.

COSTA, C. J.; COCHIA, C. B. R. A expansão do Ensino Superior no Brasil e a Educação a Distância: instituições públicas e privadas. **Revista Teoria e Prática da Educação**, v. 16, n. 1, p. 21-32, Janeiro/Abril 2013.

COSTA, M. R. A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária. **Rev Sociedade em Debate**, v. 13, n.2, p. 85-107, 2007.

COSTA, N. M. L.; SILVA, A. M. C. Qualidade social e políticas para a Educação Superior no Brasil. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación**, v. extr., n. 12, 2015.

DURHAM, E. R. **O ensino superior no Brasil: público e privado**. Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior, Universidade de São Paulo, 2003. 6 p.

FELICIO, H. M. S. O papel do professor/pesquisador na construção do projeto político pedagógico no Ensino Superior. **Revista Olhar de Professor**, Ponta Grossa, v.13, n.1, p.145-153, 2010.

FIGARO, R. O mundo do trabalho e as organizações: Abordagens discursivas de diferentes significados. **Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas**, v.5, n.9, 2008.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. Disponível em: > Acesso em: 21 mar. 2005.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p. 3033-3042, 2013.

FONTOURA R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.4, p. 532-536, 2006.

FRANCO, A. P. Ensino Superior no Brasil: cenário, avanços e contradições. **Jornal de Políticas Educacionais**, n.4, p. 53-63, 2008.

FURLANETTO, D.L.C. *et al.* Reflexões sobre as bases conceituais das Diretrizes Curriculares Nacionais em cursos de graduação em saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 193-202, 2014.

GALVÃO, M. A. M. **Origem das Políticas de saúde no Brasil: do Brasil colônia a 1930**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 08 Nov. 2014.

GARCIA, M. A. A. *et al.* Interdisciplinaridade e integralidade no ensino em saúde. **Revista de Ciências Médicas**, v.15, n.6, p. 473-48, 2006.

GOHN, M. G. **Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.

GONZE, Gabriela Guerra. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: Tecendo saberes e práticas**. Juiz de Fora: UFJF, 2009. 16 p. Dissertação (Mestrado)-

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Mestrado Acadêmico-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

HUMEREZ, D. C; JANKEVICIUS, J. V. **Conselho Federal de Enfermagem**. Evolução histórica no ensino superior no Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-e-formacao-artigos-cientificos_31492.html>. Acesso em: 07 Set. 2015.

ITO, E. E. *et al.* Ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n. 4, p 570-575, 2006.

KLOH, D. *et al.* Princípio da integralidade do cuidado nos projetos político pedagógicos dos cursos de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n.4, p.693-700, 2014.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. A Formação Ética Nos Currículos dos Cursos de Saúde/Enfermagem. In: 42ª JORNADA MARANHENSE DE ENFERMAGEM E 72ª EDIÇÃO DA SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 42, 2011, São Luís, MA. **Cuidados de Enfermagem, Ética e Inovação**. ABEn, 2011.17-34 p.

LAROCCA, L. M.; MARQUES, V. R. B. Higiene e infância no Paraná: a missão de formar hábitos saudáveis (1931-1949). **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v.19 n.2, p 309-316, 2010.

LIMA, Margarete Maria. **Integralidade no processo de formação do enfermeiro**. Florianópolis: UFSC, 2010. 35 p. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2010.

LIMA, Antônio Moacir Jesus. **A formação profissional em enfermagem e o programa Pró-Saúde I: Contribuições sob a ótica de discentes, docentes e egressos**. Diamantina: UFVJM, 2013. 17 p. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2013.

LIMA, M. M. *et al.* Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.22, n.1, p. 106-113, 2013.

LUCIETTO, D. A. Revisão sobre os Princípios e as Diretrizes da Política de Saúde elementos conceituais para o cirurgião dentista que atua no SUS. **Revista Dentística on line**, v.10, n. 20, 2011.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”-anos 80. **Revista de Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.77-96, 1991.

MACHADO, M. F. A. S, *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIR, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009. 45-50 p.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 391 p.

MOROSINI, M.V; FONSECA, A.F; PEREIRA, I. B. Educação em Saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 150-158 p.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 365-369p.

OLIVEIRA, I. C., CUTOLO, L.R.A. Humanização como expressão de Integralidade. **O Mundo da Saúde**, n.36, v.3, p.502-506, 2012.

OLIVEN, A. C. Histórico da educação superior no Brasil. In: SUSANA, M. S. A.(Org.). **A educação superior no Brasil**. Instituto Internacional para a Educação Superior na América Latina e no Caribe IESALC, UNESCO, Caracas. Porto Alegre – Brasil. nov. 2002. 26-30 p.

OPITZ, S. P. *et al.* O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 29, n.2, p.314-319, 2008.

PAGLIOSA, F. L., DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n.4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.2, 2010.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, p.653-673, 2014.

PEDRA, J. A. Currículo e conhecimento: níveis de seleção do conteúdo. **Em Aberto**, Brasília, ano 12, n.58, 1999, p. 30. Disponível em <<http://www.emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/index>> Acesso em: 22 Jul. 2015.

PEREIRA, F. H. P.; BARROS, R.D.B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. Ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>>. Acesso em: 20 Abr. 2015.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 255-262 p.

PINTO L. A. M.; RANGEL, M. Projeto Político Pedagógico da Escola Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.28, n.3, p.251-258, 2004.

SAMPAIO, H. **Evolução do ensino superior brasileiro -1808-1990**, NUPES/USP, São Paulo, 1991.

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. 2011. Disponível em: <http://www.ufvjm.edu.br/cursos/enfermagem/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=56>. Acesso em: Nov. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. 2013. Disponível em: <<http://site.ufvjm.edu.br/famed/o-curso/projeto-pedagogico/>>. Acesso em: Nov. 2015.

REIS, D. O; ARAUJO, E. C; CECÍLIO, L.C.O. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. **Módulo Político Gestor**. UNA-SUS UNIFESP, 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em: 01 Dez. 2015.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. O desafio da febre amarela. 221-226 p.

SACRISTÁN J. G. **O currículo uma reflexão sobre a prática**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SANTOS, M. C. S. *et al.* Anatomia humana para a Enfermagem: diálogos interdisciplinares no currículo. **Revista de Educação**, v.13, n.15, p.181-190, 2010.

SANTOS, S. S. C. Perfil de egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 59, v.2, p. 217-221, 2006.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p.1-15, 2009.

SAUPE, R.; BUDÓ, M. L. D. Pedagogia interdisciplinar: “educare” (educação e cuidado) como objeto fronteiro em saúde. **Texto & contexto – enfermagem**, v. 15, n.2, p.326-333, 2006.

SCHECHTMAN, A *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 246-250 p.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMO, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.53-66, 2005.

SEVCENKO, N. **O prelúdio republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso**. In: NOVAIS, F. (org). História da vida privada no Brasil-República: da *belle époque* à era do rádio, 3, 1998, São Paulo. SP Cia das Letras, 1998, p.7.

SILVA R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: Revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.9, n.3, p.593-601, 2010.

SILVA, K. L., SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, K. L., SENA, R. R.. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.5, p.488-491, 2006.

SILVA, R. P. G., RODRIGUES, R.M. Sistema Único de Saúde e a graduação em enfermagem no Paraná Sistema Único de Saúde e a graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.63, v. 1, p. 66-72, 2010.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade: Uma introdução às teorias do currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

SOUSA, M. S. T.; BRANDÃO, I. R; PARENTE, J. R. F.A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da estratégia da saúde da família de Sobral (CE). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n.1, p. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI. **Plano de curso do Curso de Enfermagem**. 2016. Disponível em: <<http://siga.ufvjm.edu.br/index.php?module=ensino&action=turmas:planoensino:visualiza&item=298060&curso=ENF>>. Acesso em: 12 de Jan 2016.

VEIGA, I. P. A. **Projeto político pedagógico na escola**. Uma construção possível. 24ª Edição. Campinas, SP: Papyrus, 1995.

VILELA, E. M.; Mendes, I. J. M. Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

APENDICE A-INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO ENSINO EM SAÚDE

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS (DCN'S) DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Constituem orientações para a elaboração dos currículos, que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior.

Objetivo: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro das perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais. Sendo capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Conheça mais o SUS e as DCN's



- http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf
- <http://www.cems.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/historiaeconquistas.php>
- <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>
- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

Referências

BRASIL. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, DF, 1990

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares - Cursos de Graduação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em 02 Ago. de 2016.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005a. 2005a.

GOOGLE IMAGEM. <https://images.google.com/>. Acesso em 04 Ago. 2016.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

É uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde pela Constituição de 1988. Sistema Único, porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas do governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação saúde. Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade; Integralidade e equidade (BRASIL, 1990).

Universalidade

- É a garantia da atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

Integralidade

- O homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

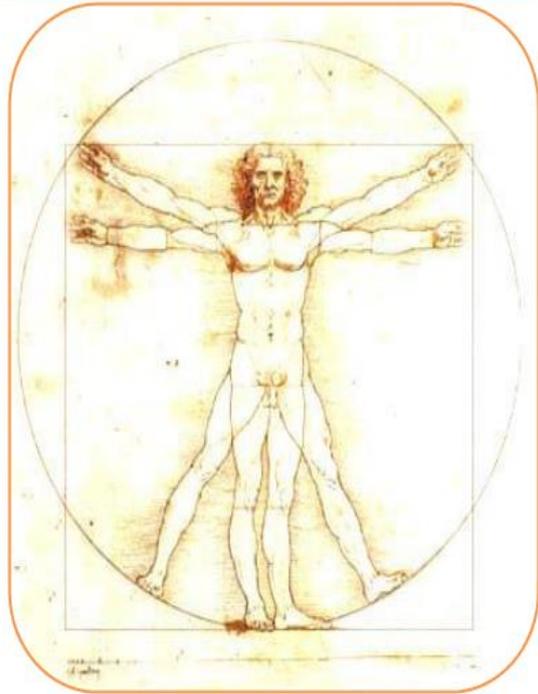
Equidade

- É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requer, moro o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

(BRASIL, 1990)

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO ENSINO EM SAÚDE



3 Conjuntos de sentido sobre a "integralidade"

Traço de uma boa prática em saúde: A 'integralidade' está presente no encontro, na conversa em que a atitude profissional busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que dizem respeito à sua saúde. A 'integralidade' está presente também na preocupação profissional com o uso das técnicas de prevenção.

Modo de organizar as práticas: 'horizontalização' dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

Respostas governamentais a problemas específicos de saúde: a institucionalização do SUS, mediante a lei 8.080/90, deflagrou um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde do Brasil.

(Mattos, 2005)