



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

ANDRÉIA BENDINE GASTALDI

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM
CURRÍCULO INTEGRADO: INTERFACES
COM O PENSAMENTO COMPLEXO**

LONDRINA-PR
2017

ANDRÉIA BENDINE GASTALDI

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM
CURRÍCULO INTEGRADO: INTERFACES
COM O PENSAMENTO COMPLEXO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

LINHA DE PESQUISA: Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (DRHS)

ORIENTADORA:
Prof^ª. Dr^ª. Mara Lúcia Garanhani

LONDRINA-PR
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Gastaldi, Andréia Bendine.

Formação do enfermeiro para educação em saúde em um currículo integrado: interfaces com o pensamento complexo / Andréia Bendine Gastaldi. – Londrina, 2017. 235 f. : il.

Orientador: Mara Lúcia Garanhani.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Currículo – Tese. 2. Educação – Tese. 3. Enfermagem – Tese. 4. Educação em Saúde – Tese. I. Garanhani, Mara Lúcia. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

ANDRÉIA BENDINE GASTALDI

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
EM UM CURRÍCULO INTEGRADO: INTERFACES COM O
PENSAMENTO COMPLEXO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

**PROF^ª. DR^ª. MARA LÚCIA GARANHANI - ORIENTADORA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL**

**PROF^ª. DR^ª. ELIZABETH TEIXEIRA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO – UERJ**

**PROF^ª. DR^ª. MAUREN TERESA G. MENDES TACLA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL**

**PROF^ª. DR^ª. MARIA HELENA DANTAS DE MENEZES GUARIENTE
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL**

**PROF^ª. DR^ª. BRIGIDA GIMENEZ CARVALHO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL**

Londrina, 16 de fevereiro de 2017.

Dedico

A Deus,
Trindade Santa, Pai criador de todas as coisas,
que me fez presença neste mundo, para amar, criar e transformar!
A Jesus, presença viva que me alimenta e fortalece,
e ao Espírito Santo, que me unge e me inspira!

Aos meus pais, Antonio e Joaquina (*in memoriam*),
mesmo na ausência física continuam sendo minha referência
para continuar existindo nesse mundo!

Ao José Luis,
por todos esses anos de caminhada e companheirismo.
Por sempre me fazer acreditar que sou melhor do que pareço.
Sem você, nada seria possível! Amo você!

A Isabela, Mariana e Luis Felipe,
por concretizarem meu sonho da maternidade.
Vocês são minha luz, me guiando todos os dias por esses caminhos difíceis
de ser mãe, mas ao mesmo tempo tão bom e tão cheio de paz!
Com vocês eu aprendo - mais do que ensino!
Amo vocês mais do que tudo!

Dedico

Especialmente

À minha amiga

Olga Chizue Takahashi (*in memoriam*),

por ser meu exemplo de enfermeira e educadora.

Serei eternamente grata por ter me acolhido na UEL,

em sua vida e em seu coração.

Há caminhos que se cruzam, inexplicavelmente por algo que

não sabemos por quê, mas não acredito em acasos:

você estava lá porque Deus assim o quis!

Só sei que, como Ihe disse certa vez:

"Você é uma das cinco pessoas que encontrarei no Céu!"

Amarei você eternamente!

Agradeço

À minha orientadora, **Profa. Dra. Mara Lúcia Garanhani**,
mestra, amiga e companheira nesta jornada.

Obrigada pelos ensinamentos, pelo incentivo, pela presença constante.

Você me ensinou principalmente a acreditar um pouco mais em mim.

Nenhum agradecimento reproduzido em algumas palavras
seria suficiente para expressar a gratidão que tenho
por ter tido você na minha vida nesses quatro anos.

Você foi um presente de Deus!

Às **Profas. Elizabeth Teixeira, Maria Helena D. M. Guariente,**
Mauren T. G. M. Tacla e Brigida Gimenes Carvalho,
por aceitarem participar da banca de defesa desse trabalho
e pelas inúmeras contribuições no Exame de Qualificação,
que tanto enriqueceram meu estudo.

À **Coordenação e Professores do Programa de**
Pós Graduação em Saúde Coletiva da UEL,
pelo saber compartilhado.

Aos **Colegas do Doutorado**.

Conviver com vocês certamente enriqueceu o meu aprendizado.

Aos **Colegas do Departamento de Enfermagem da UEL**,
pelo espírito de luta e vontade de melhorar sempre o ensino da enfermagem.
Tenho orgulho de fazer parte deste time!

Ao **Colegiado do Curso de Enfermagem**,
por ter permitido a realização da pesquisa.

Aos **Estudantes e Professores**,
que se dispuseram a participar deste estudo, por me ensinarem
a compartilhar saberes: "Quem ensina, aprende ao ensinar,
e quem aprende, ensina ao aprender!" (Paulo Freire)

Ao membros do **Grupo de Formação na Área da Saúde**,
pelos muitos momentos de troca de saberes, ajuda mútua
nas coletas de dados, incentivo e sobretudo, pelo interesse
na formação de novos profissionais na área da saúde.

Às minhas **Colegas de Área**
pelo auxílio nos momentos necessários.

Às amigas **Juliana Montezeli e Elaine Martins**
que se fizeram companheiras de jornada nos muitos momentos difíceis.
Obrigada pela parceria e pelo espírito de equipe
tão fundamentais para eu ter chegado
ao final com menos "cicatrices"!

À **Danieli Garbui Tomedi**,
por compartilhar comigo os saberes sobre educação em saúde.
De aluna a companheira de estudos na pós-graduação,
dividindo a mesma orientadora, foi um prazer dividir
esse tempo de caminhada com você!

À **Fernanda Rizzardi**,
pela imensa contribuição na coleta de dados nos
grupos focais e parceria na pesquisa com os estudantes.

À **Tatiani Andrade**,
pela qualidade do trabalho na transcrição dos áudios.

Ao **Pedro Henrique Nolli**
pelo capricho na elaboração dos diagramas.

À **Vilma Feliciano**
bibliotecária do CCS, pela ajuda inestimável
com as referências.

À **Édna Picelli**,
que nesses vinte anos de convívio e amizade já não se
preocupa só com a estética do meu trabalho,
mas comigo e com a minha família.
Muito obrigada, minha amiga!

À **Clarice Spoladore**
pelo estilo maravilhoso conferido ao meu trabalho, na
revisão de português. Você foi além do exigido
profissionalmente, opinando, sugerindo, "fazendo parte".
Gratidão é a palavra!

Agradeço, enfim, a todas as pessoas que, direta e indiretamente,
fizeram "parte" do "todo" que constitui este trabalho, pois
como num bolo, o importante é o sabor final que a mistura dos
ingredientes proporciona a quem o degusta no pedaço!!

*O todo sem a parte não é todo,
A parte sem o todo não é parte,
Mas se a parte o faz todo, sendo parte,
Não se diga, que é parte, sendo todo.*

*Em todo o Sacramento está Deus todo,
E todo assiste inteiro em qualquer parte,
E feito em partes todo em toda a parte,
Em qualquer parte fica o todo.*

*O braço de Jesus não seja parte,
Pois que feito Jesus em partes todo,
Assiste cada sempre parte em sua parte.*

*Não se sabendo parte deste todo,
Um braço, que lbe acharam, sendo parte,
Nos disse as partes todas deste todo.*

Gregório de Matos
séc. XVII

(ao braço do Menino Jesus quando apareceu)

GASTALDI, Andréia Bendine. **Formação do enfermeiro para educação em saúde em um currículo integrado**: interfaces com o pensamento complexo. Londrina, Paraná, 2017. 235p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

As práticas educativas, dentre elas a educação em saúde, constituem uma das principais dimensões do processo de trabalho do enfermeiro. Apesar do desenvolvimento e de uma reorientação crescente no campo das reflexões teóricas e metodológicas da educação em saúde, há ainda avanços a serem alcançados, principalmente na realidade dos serviços de saúde. Um dos desafios consiste na formação de recursos humanos orientada pela educação popular e respeito aos saberes da comunidade, em busca de uma cidadania compartilhada. O curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina desenvolve, desde o ano 2000, o Currículo Integrado, utilizando a problematização e metodologias ativas de ensino e aprendizagem. O projeto pedagógico propõe 12 temas transversais, compreendidos como dinamizadores das atividades acadêmicas, articulados de forma crescente aos conteúdos específicos e desempenhos essenciais dos módulos. A educação em saúde constitui um desses temas transversais. O objetivo geral deste estudo foi compreender como o tema transversal educação em saúde está sendo desenvolvido na formação do enfermeiro em um currículo integrado. Trata-se de um estudo compreensivo, do tipo estudo de caso. As fontes de dados foram constituídas de 17 cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares; 23 estudantes que participaram de grupos focais e 22 estudantes que responderam a um questionário; 11 professores que foram entrevistados; observação de duas atividades de ensino-aprendizagem envolvendo a temática em estudo. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2013 a fevereiro de 2016. A análise documental pautou-se nas leituras exploratória, seletiva, analítica e interpretativa. O material obtido dos grupos focais e entrevistas foi audiogravado e transcrito na íntegra. O corpus foi produzido por triangulação de dados e analisado na perspectiva do pensamento complexo de Edgar Morin por meio do círculo hermenêutico crítico. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade em estudo. Os resultados evidenciaram o tema educação em saúde na formação do enfermeiro sob três perspectivas: a trajetória do desenvolvimento do tema transversal na formação do enfermeiro, as concepções de educação em saúde para estudantes e professores e, desafios, potencialidades e sugestões. No que tange à perspectiva transversal a educação em saúde vem sendo desenvolvida em todas as séries do currículo em estudo sob diferentes contextos, sendo ainda um desafio alcançar a multidimensionalidade e a globalidade para a pertinência do conhecimento. No que tange à perspectiva conceitual os professores contemplam diferentes dimensões que envolvem, para alguns, o referencial da educação popular em saúde, que, todavia, não se mostra no conceito dos estudantes, que apresentam conceitos mais voltados ao modelo tradicional. Os estudantes apresentaram lacunas em relação à compreensão intelectual de educação em saúde, somando-se a isso o desafio da compreensão humana. No que tange à perspectiva operacional, na visão dos professores, os desafios estão ligados ao próprio docente e a questões estruturais e administrativas. Entretanto elencaram como potencialidades o próprio currículo e o perfil do corpo docente. Conclui-se que as vivências ancoradas nos princípios da educação popular configuraram boas práticas pedagógicas e que a formação para a educação em saúde se faz em um processo contínuo de construção do conhecimento e escolhas em meio a um universo complexo e permeado por incertezas. Acredita-se que as escolhas devem ser pautadas no respeito, na ética e na humanização, com práticas educativas baseadas no compartilhamento de saberes e experiências para o desenvolvimento da autonomia e da cidadania de todos os envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE: Currículo. Educação. Enfermagem. Educação em Saúde.

GASTALDI, Andréia Bendine. **Training nurses for health education in an integrated curriculum: interfaces with complex thinking.** Londrina, Paraná, 2017. 235p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

ABSTRACT

Educational practices, among them health education, are one of the main dimensions of the nurse's work process. Despite the development and growing reorientation in the field of theoretical and methodological reflections on health education, there are still advances to be made, especially in the reality of health services. One of the challenges is the formation of human resources, guided by popular education and respect for the knowledge of the community, in search of shared citizenship. The Nursing course of the State University of Londrina has developed, since 2000, the Integrated Curriculum, using problematization and active teaching and learning methodologies. The pedagogical project proposes 12 cross-cutting themes, understood as dynamisers of academic activities, increasingly articulated to the specific contents and essential performances of the modules. Health education is one of these cross-cutting themes. The general objective of this study was to understand how the cross-cutting theme of health education is being developed in the training of nurses in an integrated curriculum, in the form of a comprehensive, case-study. The data sources consisted of 17 planning and development notebooks for the interdisciplinary modules; 23 students who participated in focus groups and 22 students who responded to a questionnaire; 11 teachers who were interviewed; and observation of two teaching-learning activities involving the subject under study. Data collection took place from November 2013 to February 2016. The documentary analysis was based on the exploratory, selective, analytical, and interpretive readings. The material obtained from the focus groups and interviews was audio-recorded and transcribed in its entirety. The corpus was produced by triangulation of data and analyzed in the perspective of the complex thinking of Edgar Morin through the critical hermeneutic circle. The research was approved by the Research Ethics Committee of the university under study. The results evidenced the topic of health education in the training of nurses from three perspectives: the trajectory of the development of the transversal theme in the training of nurses, conceptions of health education for students and teachers, and challenges, potentialities, and suggestions. Regarding the transversal perspective, health education has been developed in all the curricula under study under different contexts; it still being a challenge to reach multidimensionality and globality for the relevance of knowledge. With respect to the conceptual perspective, teachers contemplate different dimensions that involve, for some, the reference of popular education in health, which, however, is not demonstrated in the concept of students, who present concepts more oriented to the traditional model. The students presented gaps in the intellectual understanding of health education, added to the challenge of human understanding. Regarding the operational perspective, in the view of teachers, the challenges are related to the teachers themselves and structural and administrative issues. However, the curriculum itself and the profile of the teaching staff were listed as potentialities. It is concluded that the experiences anchored in the principles of popular education have configured good pedagogical practices and that training for health education is carried out in a continuous process of knowledge construction and choices in the midst of a complex universe permeated by uncertainties. It is believed that these choices should be based on respect, ethics, and humanization, with educational practices based on the sharing of knowledge and experiences for the development of autonomy and citizenship of all those involved.

KEY-WORDS: Curriculum. Education. Nursing. Health Education.

GASTALDI, Andréia Bendine. **Formación del enfermero para educación en salud en un currículo integrado: interfaces con el pensamiento complejo.** Londrina, Paraná, 2017. 235p. Tesis (Doctorado en Salud Colectiva). Universidad Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMEN

Las prácticas educativas, entre ellas la educación en salud, constituyen una de las principales dimensiones del proceso de trabajo del enfermero. A pesar del desarrollo y de una reorientación creciente en el campo de las reflexiones teóricas y metodológicas de la educación en salud, todavía hay grandes avances para que sean alcanzados, principalmente en la realidad de los servicios de salud. Uno de los desafíos consiste en la formación de recursos humanos orientada por la educación popular y respecto a los saberes de la comunidad, en búsqueda de una verdadera ciudadanía compartida. El curso de Enfermería de la Universidad Estadual de Londrina desarrolla, desde el año 2000, el Currículo Integrado, utilizando la problematización y metodologías activas de enseñanza y aprendizaje. El proyecto pedagógico propone 12 temas transversales, comprendidos como dinamizadores de las actividades académicas, articulados de forma creciente a los contenidos específicos y desempeños esenciales de los módulos. La educación en salud constituye uno de esos temas transversales. El objetivo general de este estudio fue comprender como el tema transversal educación en salud está siendo desarrollado en la formación del enfermero en un currículo integrado. Se trata de un estudio comprensivo, del tipo estudio de caso. Las fuentes de datos fueron constituidas de 17 cuadernos de planeamiento y desarrollo de los módulos interdisciplinarios; 23 estudiantes que participaron de grupos focales y 22 estudiantes que respondieron a cuestionario; 11 profesores que fueron entrevistados y observación de dos actividades de enseñanza y el aprendizaje involucrando la temática en estudio. La recolección de datos ocurrió de noviembre de 2013 a febrero de 2016. El análisis documental se pautó en las lecturas exploratoria, selectiva, analítica e interpretativa. El material obtenido de los grupos focales y entrevistas fue audio gravado y transcrito en la íntegra. El corpus fue producido por triangulación de datos y analizado en la perspectiva del pensamiento complejo de Edgar Morin y del círculo hermenéutico crítico. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la universidad en estudio. Los resultados evidenciaron el tema educación en salud en la formación del enfermero bajo tres perspectivas: la trayectoria del desarrollo del tema transversal en la formación del enfermero, las concepciones de educación en salud para estudiantes y profesores y desafíos, potencialidades y sugerencias. En lo que se refiere a la perspectiva transversal la educación en salud viene desarrollándose en todos los grados del currículo en estudio, bajo diferentes contextos, siendo todavía un desafío alcanzar la multidimensionalidad y la globalidad para la pertinencia del conocimiento. En lo que atañe la perspectiva conceptual los profesores contemplan diferentes dimensiones que involucran, para algunos, el referencial de la educación popular en salud, que, todavía, no se muestra en el concepto de los estudiantes, que presentan conceptos más volcados al modelo tradicional. Los estudiantes también presentaron fallas en relación a la comprensión intelectual de educación en salud, sumándose a eso o desafío de la comprensión humana. En lo que se refiere a la perspectiva operacional, en la visión de los profesores, los desafíos están ligados al propio docente y a cuestiones estructurales y administrativas. Sin embargo, enumeraron como potencialidades el propio currículo y el perfil del cuerpo docente. Se concluye que las vivencias ancladas en los principios de la educación popular configuraron buenas prácticas pedagógicas y que la formación para la educación en salud se hace en un proceso continuo de construcción del conocimiento y elecciones en medio a un universo complejo y permeado de incertidumbres. Se cree que las elecciones deben ser pautadas en el respeto, en la ética y en la humanización, con prácticas educativas basadas en la coparticipación de saberes y experiencias para el desarrollo de la autonomía y de la ciudadanía de todos los involucrados.

PALABRAS-CLAVE: Currículo. Educación. Enfermería. Educación en Salud.

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------------|--|-----|
| QUADRO 1 | Trajetória da educação em saúde no Brasil. | 39 |
| QUADRO 2 | Matriz curricular do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina | 83 |
| QUADRO 3 | Quadro demonstrativo das menções explícitas e implícitas do tema Educação em Saúde no Módulo I do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da UEL. Londrina-PR, 2017 | 97 |
| QUADRO 4 | Quadro demonstrativo da síntese do tema transversal Educação em Saúde por módulo do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da UEL. Londrina-PR, 2017 | 98 |
| QUADRO 5 | Quadro demonstrativo da síntese do tema Educação em Saúde por série do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da UEL. Londrina-PR, 2017 | 98 |
| QUADRO 6 | Quadro demonstrativo da síntese do tema Educação em Saúde nos módulos da primeira série, elaborado pelos professores do Currículo Integrado..... | 194 |
| QUADRO 7 | Quadro demonstrativo da síntese do tema Educação em Saúde nos módulos da segunda série, elaborado pelos professores do Currículo Integrado..... | 195 |
| QUADRO 8 | Quadro demonstrativo da síntese do tema Educação em Saúde nos módulos da terceira série, elaborado pelos professores do Currículo Integrado..... | 196 |
| QUADRO 9 | Quadro demonstrativo da síntese do tema Educação em Saúde nos módulos da quarta série, elaborado pelos professores do Currículo Integrado..... | 197 |

LISTA DE FIGURAS

| | | | |
|---------------|----------|--|-----|
| FIGURA | 1 | Projeto Pedagógico do Currículo Integrado em espiral do Curso de Enfermagem da UEL | 86 |
| FIGURA | 2 | Diagrama demonstrativo da inter-relação entre os resultados da prática educativa da Educação em Saúde na perspectiva transversal, conceitual e operacional sob o olhar dos princípios do Pensamento Complexo | 111 |
| FIGURA | 3 | Diagrama demonstrativo da Educação em Saúde em um Currículo Integrado: perspectiva transversal sob o olhar dos princípios do Pensamento Complexo | 113 |
| FIGURA | 4 | Diagrama demonstrativo da Educação em Saúde para professores e estudantes: perspectiva conceitual sob o olhar dos princípios do Pensamento Complexo | 161 |
| FIGURA | 5 | Diagrama demonstrativo da Educação em Saúde na formação do enfermeiro: perspectiva operacional sob o olhar dos princípios do Pensamento Complexo | 179 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|--|
| ABEn | Associação Brasileira de Enfermagem |
| ACLS | Advanced Cardiologic Life Support |
| AHC | Ambulatório do Hospital de Clínicas |
| ATLS | Advanced Trauma Life Support |
| BM | Banco Mundial |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CCB | Centro de Ciências Biológicas |
| CCS | Centro de Ciências da Saúde |
| CEI | Centro de Educação Infantil |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CI | Currículo Integrado |
| CLCH | Centro de Letras e Ciências Humanas |
| Cofen | Conselho Federal de Enfermagem |
| Coren | Conselho Regional de Enfermagem |
| DC | Diário de Campo |
| DCN/ENF | Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Enfermagem |
| DCNT | Doença Crônica Não Transmissível |
| DESC | Departamento de Saúde Coletiva |
| DM | Diabetes Mellitus |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |

| | |
|-----------------|---|
| GF | Grupo Focal |
| GFAS | Grupo de Estudos de Formação na Área da Saúde |
| HA | Hipertensão Arterial |
| HUL | Hospital Universitário de Londrina |
| IES | Instituições de Ensino Superior |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissível |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional |
| LH | Laboratório de Habilidades |
| LITE | Laboratório Interdisciplinar de Técnicas de Enfermagem |
| MS | Ministério da Saúde |
| NHB | Necessidades Humanas Básicas |
| NIS | Laboratório de Informática (Núcleo de Informática em Saúde) |
| NDE | Núcleo Docente Estruturante |
| PALS | Pediatric Advanced Life Support |
| PCN | Parâmetros Curriculares Nacionais |
| PCR | Parada Cardiorrespiratória |
| PIM I | Módulo Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino, Serviço e Comunidade – 1ª série |
| PIM II | Módulo Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino, Serviço e Comunidade – 2ª série |
| PNEP-SUS | Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS |
| PPC | Projeto Pedagógico do Curso |
| PS | Pronto Socorro |

| | |
|----------------|--|
| PVC | Pressão Venosa Central |
| SAD | Sistema de Atenção Domiciliar |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SAEP | Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SENADEn | Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem |
| SEPIESC | Simpósio de Experiências e Pesquisas Integradas de Ensino, Serviços e Comunidade |
| Sesp | Serviço Especial de Saúde Pública |
| SIATE | Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências |
| SM | Síndrome Metabólica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCC | Trabalho de Conclusão de Curso |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UEL | Universidade Estadual de Londrina |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| <i>Minha Trajetória Profissional e a Educação em Saúde</i> | 20 |
| 1 <i>Introdução</i> | 26 |
| 2 <i>Perspectiva Teórica</i> | 35 |
| 2.1 <i>Educação em Saúde</i> | 36 |
| 2.2 <i>Formação do Enfermeiro</i> | 48 |
| 2.2.1 <i>Marcos e Tendências da Formação do Enfermeiro</i> | 50 |
| 2.2.2 <i>Currículo Integrado: Possibilidades e Desafios</i> | 55 |
| 2.3 <i>Teoria da Complexidade</i> | 58 |
| 2.3.1 <i>Edgar Morin</i> | 61 |
| 2.3.2 <i>O Pensamento Complexo</i> | 65 |
| 2.3.3 <i>Princípios Organizadores</i> | 67 |
| 2.3.4 <i>Conhecimento Pertinente</i> | 70 |
| 2.3.5 <i>O Ensino da Compreensão Humana</i> | 73 |
| 3 <i>Contexto do Caso</i> | 78 |
| 4 <i>Trajetória Metodológica</i> | 92 |
| 4.1 <i>Delineamento do Estudo</i> | 93 |
| 4.2 <i>Local da Investigação</i> | 94 |
| 4.3 <i>Fonte de Dados</i> | 94 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 4.4 | Procedimentos de Coleta de Dados | 95 |
| 4.4.1 | Primeira Etapa: Pesquisa Documental | 95 |
| 4.4.2 | Segunda Etapa: Pesquisa de Campo | 99 |
| 4.4.2.1 | Grupo Focal | 99 |
| 4.4.2.2 | Questionários | 101 |
| 4.4.2.3 | Observação Não Participante | 102 |
| 4.4.2.4 | Entrevistas Semiestruturadas | 103 |
| 4.5 | Procedimento de Análise dos Dados | 105 |
| 4.6 | Aspectos Éticos da Pesquisa | 108 |
| 5 | Transversalidade do Tema Educação em Saúde na Formação do Enfermeiro: o Estudo de Caso | 109 |
| 5.1 | Educação em Saúde em um Currículo Integrado: Perspectiva Transversal | 112 |
| 5.2 | Educação em Saúde para professores e estudantes: Perspectiva Conceitual | 160 |
| 5.3 | Educação em saúde na Formação do Enfermeiro: Perspectiva Operacional | 178 |
| 6 | Oficina com Professores da Instituição de Estudo sobre Temas Transversais | 191 |
| 7 | Considerações Finais | 201 |

| | |
|--------------------------|-----|
| <i>Referências</i> | 208 |
|--------------------------|-----|

Apêndices

| | |
|---|-----|
| <i>Apêndice A</i> – Termo de Confidencialidade e Sigilo | 224 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| <i>Apêndice B</i> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | |
| — Estudantes Grupo Focal — | 226 |

| | |
|---|-----|
| <i>Apêndice C</i> – Questionário dos Estudantes da 4 ^a série | 228 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| <i>Apêndice D</i> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | |
| — Estudantes da 4 ^a série — | 229 |

| | |
|---|-----|
| <i>Apêndice E</i> – Roteiro de Entrevistas — Docentes | 231 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| <i>Apêndice F</i> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | |
| — Docentes — | 232 |

Anexos

| | |
|---|-----|
| <i>Anexo A</i> – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa | 235 |
|---|-----|

Minha Trajetória Profissional
e a Educação em Saúde

As páginas a seguir relatam meu percurso profissional e as implicações com o tema educação em saúde. Não conseguiria afirmar que escolhi esse tema ou que ele tenha me despertado um interesse especial. De alguma forma, certas coisas nos acompanham ao longo de nossa trajetória, como “parte” do nosso “todo”, e só nos damos conta de que isso é real quando, ao olhar por outro prisma, percebemos que aquilo, de alguma forma, sempre esteve presente.

Com a educação em saúde foi assim. Graduei-me em 1988 pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e, mesmo tendo vivenciado um currículo totalmente voltado para as atenções de nível terciário, davam-me prazer as “palestras” na sala de espera do ambulatório, as orientações aos pacientes do Ambulatório de Feridas, pelo qual fui responsável por dois anos como bolsista, e as atividades diretamente ligadas com a educação em saúde. Ao final do curso, minha certeza era apenas de que gostaria de atuar na área de saúde pública.

O mercado de trabalho, porém, nem sempre nos permite escolher a área de atuação, e meu primeiro emprego foi em um hospital geral de grande porte, em uma unidade de internação médico-cirúrgica. Durante aquele período, minhas inquietações aumentaram, pois não concebia a ideia de apenas estar colaborando no processo de cura. Queria algo mais, por isso me inscrevi em um concurso municipal para atuar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Aprovada e com a documentação pronta para a contratação, refleti um pouco mais sobre as consequências da mudança e optei por permanecer no hospital, acreditando que ainda havia muito a descobrir sobre a forma de atuar na enfermagem hospitalar.

Mediante concurso interno, fui designada para a Unidade Coronariana que seria implantada no hospital. Minha participação no processo de implantação, desde a discussão da planta física, elaboração das normas e rotinas até o treinamento da equipe, motivou-me a investir ainda mais no meu aperfeiçoamento profissional nessa área. Cursei especialização em Metodologia do Ensino, Pesquisa e Assistência de Enfermagem e me dediquei aos estudos em cardiologia.

Dessa forma, como enfermeira de Unidade Coronariana durante oito anos, vivenciei intensamente a realidade do cardiopata. Como líder da equipe,

zelava para que a assistência primasse pelos princípios éticos, preocupando-me com a redução dos riscos e proporcionando o máximo de conforto aos pacientes.

O cuidado de enfermagem sempre foi, para mim, algo desafiador. Constantemente me perguntava como poderia o paciente ter uma melhor percepção da assistência a ele prestada se a enfermagem estava sempre preocupada com gerenciamento, monitores, bombas de infusão, gotejamento de drogas e tantos outros fatores ligados ao controle da doença, pouco valorizando a pessoa como um ser único, com necessidades específicas e individuais. Sentia falta de um “cuidado diferente”.

A experiência na assistência a essa clientela permitiu-me perceber que o número de reinternações era bastante alto. Esse fato, além de acarretar aumento nos custos para o sistema de saúde, gerava ainda uma série de outros transtornos para o cliente e sua família, do ponto de vista econômico e emocional, o que poderia ser minimizado, caso o cuidado fosse centrado na pessoa, considerando o seu *locus* social e levando-a a sentir-se responsável pela manutenção do seu estado compensatório. No meu ponto de vista, essa situação devia-se principalmente à falta de uma prática educativa efetiva que deveria estar sendo desenvolvida pelos enfermeiros.

Assim, após oito anos na assistência, iniciei o trabalho como docente, na tentativa de conciliar a vontade de voltar à vida acadêmica, continuar os estudos e melhorar o desempenho profissional.

Nessa época, ingressei no mestrado (1998) pela Universidade Federal de Santa Catarina, e a experiência com a assistência ao cardiopata foi o fio condutor do estudo. Minha dissertação de mestrado consistiu em um relato da prática assistencial que desenvolvi com cardiopatas em um grupo de convivência formado em uma UBS. O objetivo era socializar conhecimentos concernentes à prevenção de danos e limitações a esses indivíduos, alicerçado na concepção de educação de Paulo Freire. A trajetória percorrida, à época, desencadeou inúmeros questionamentos, principalmente no que se refere ao preparo do profissional enfermeiro para desenvolver a educação em saúde utilizando, como estratégia, o trabalho em grupo.

Trabalhar com grupos é um desafio, porque implica pensar a educação em saúde de forma diferente e pressupõe mudança de atitudes e valores por parte do profissional. Não se pode pretender que apenas o cliente apresente mudanças comportamentais, antes, o profissional precisa estar despido de preconceitos em relação à educação em saúde. Esta deve estar pautada na aceitação incondicional do indivíduo, no propiciar um espaço efetivo para que ele se exponha, mostre sua realidade e suas necessidades de aprendizagem, para que se construa junto, pois o aprendizado só acontece no contexto livre e crítico das relações que se estabelecem entre os que “se educam”, e entre estes e aquele que se propõe a “educar”.

Os resultados apontaram-me as deficiências na formação do enfermeiro para a educação em saúde, e desde então esta inquietação acompanhou minha trajetória profissional, sem, entretanto, ter a oportunidade de investigá-la, pois não pude dar continuidade a tais estudos.

Dentre as diversas “partes” que compõem o meu “todo”, precisei dar espaço à “parte-mãe”, que se fez presente no parto de minha segunda filha, quase simultâneo ao término do mestrado. Além disso, a “parte-filha” também precisou ser exercida com mais intensidade com a doença de meu pai e, depois, de minha mãe, que me absorveram por longos anos. Em meio a essa jornada também tomei a decisão de me desligar da escola em que atuava e voltar para a UEL, onde tinha iniciado a carreira docente, em 1996. Era a “parte-profissional” sendo redirecionada. Esse parêntese se faz necessário não como justificativa, mas até como uma autoanálise da minha formação acadêmica que agora, na perspectiva da complexidade, adquire um novo sentido: a “parte” não se dissocia do “todo”!

Exercendo a docência há vinte anos e tendo atuado anteriormente em uma escola particular que adotava o currículo integrado, pude compartilhar com alunos da graduação a experiência do trabalho com grupos em um projeto de extensão voltado ao atendimento multiprofissional de hipertensos. Foi gratificante experienciar os resultados desta prática de educação em saúde que posiciona o indivíduo como protagonista do seu processo saúde-doença.

Ao ingressar como docente do Departamento de Enfermagem da UEL em 2007, meu interesse se ampliou uma vez que ali se pratica o currículo integrado (CI), que adota temas transversais (“seivas”) no seu projeto pedagógico. Pude participar da construção do livro sobre o CI, particularmente no capítulo sobre as seivas, das quais faz parte a “educação em saúde”. Atuo ainda como docente no módulo Saúde do Adulto I, no qual desenvolvemos com os alunos a educação em saúde, inclusa nos desempenhos e habilidades necessários para trabalhar, na atenção básica, com indivíduos em situações crônicas de saúde, sobretudo hipertensão arterial e diabetes mellitus. Participei também, durante alguns anos, do Projeto de Extensão “Enfermagem nas Urgências e Emergências Clínicas e Cirúrgicas”, que tinha como um dos objetivos instrumentalizar os estudantes de enfermagem para realizar ações educativas com a população leiga sobre atendimento de primeiros socorros.

Mesmo assim, ao surgir a oportunidade do processo seletivo para o doutorado em Saúde Coletiva na UEL, aquela “parte” da educação em saúde ainda estava adormecida. Todos os anos de atuação prioritariamente em Terapia Intensiva, tanto na graduação, quanto na pós-graduação, coordenando inclusive a Residência em Enfermagem em Cuidados Intensivos do Adulto, fizeram-me, talvez, atribuir valores a alvos difusos. E eu quase não participei da seleção!

Mas como a “parte” não se dissocia do “todo”, tive a oportunidade de ingressar no doutorado em Saúde Coletiva com o projeto de pesquisa “A formação do enfermeiro para educação em saúde na perspectiva de um currículo integrado”. A proposta de estudar a educação em saúde, agora sob esse olhar, era a resposta às indagações decorrentes da pesquisa do mestrado. Mais que isso: estaria estudando também outro tema que tenho vivenciado na carreira docente, que é o currículo integrado e os temas transversais. Não precisaria de estímulo maior!

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior e adota o referencial teórico do educador e filósofo francês Edgar Morin, a Teoria da Complexidade. O encontro com as ideias de Morin deu um sabor diferente a essa trajetória, pois, ao mesmo tempo em que se constituía num desafio complexo, no

sentido de difícil, esse olhar para a formação do enfermeiro, agora sob os princípios morinianos, vinha ensinar que a complexidade é apenas algo “que se tece junto”.

As reflexões sobre a proposta pedagógica do currículo integrado e sobre os temas transversais se sustentaram em alguns fundamentos propostos por Morin, mais especificamente em seu livro *Os sete saberes necessários para a educação do futuro*, que serão trabalhados no capítulo do Referencial Teórico deste estudo.

Acredito que tudo na vida tem um tempo propício para acontecer e chegou meu momento para este estudo. Foram muitas renúncias anteriores — até mesmo projetos de doutorado em outras áreas, que foram construídos e abandonados até o dia daquele encontro com a Mara no estacionamento, com a pergunta: “E por que não o doutorado em Saúde Coletiva?” Sem ter consciência da dimensão de tudo que posso desvelar agora, como nessas páginas que acabo de escrever, lembro-me que respondi: “Porque não é a minha área, e eu jamais passaria em uma prova de conteúdos desse campo!”

Depois de quase quatro anos e um aprendizado imenso me lembro de Fernando Pessoa: “*Tudo vale a pena, se a alma não é pequena*”.

1 Introdução

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. É um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais dessa área, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005; COSTA; LÓPEZ, 1996).

Entende-se como uma prática dinâmica que propõe a articulação entre o saber técnico e o saber popular em um processo de reflexão crítica, envolvendo as pessoas e/ou a comunidade sobre seus problemas de saúde, a fim de constituí-los em sujeitos ativos (BESEN et al., 2007; TORRES; ENDERS, 1999).

É inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Como prática transversal, proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial, tanto para a formulação da política de saúde de forma compartilhada, como para as ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários (BRASIL, 2007).

Ainda que se desenvolva uma consciência acerca da necessidade da busca por informações sobre saúde e por mudanças de comportamentos e hábitos, é evidente que a contribuição desta prática para a melhoria da saúde da população tem íntima ligação com a formação dos profissionais de saúde, bem como com a visão de mundo das pessoas envolvidas nesta dinâmica. Para tal, é importante o ajuste da educação nos processos de formação, conhecimentos produzidos e serviços prestados à comunidade tendo por base as necessidades sociais das pessoas, aspectos esses ainda pouco explorados, seja na formação, seja no atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Apesar do relevante desenvolvimento e de uma crescente reorientação no campo das reflexões teóricas e metodológicas da educação em saúde, há ainda grandes avanços a serem alcançados, principalmente na realidade dos serviços de saúde (MOUTINHO et al., 2014; SILVA, M. et al., 2010).

A formação do enfermeiro, bem como dos demais profissionais da área da saúde, para a prática da educação em saúde ainda é carente de um conceito ampliado e aprofundado e também de ações estratégicas inovadoras que permitam desconstruir as imagens associadas a palestras, cursos, entre outras, que impõem verticalmente a relação entre os profissionais e o usuário. Rosa et al. (2006) referem que o conhecimento que compõe o aporte teórico desses profissionais durante sua formação não produz ainda a incorporação de teorias de educação em saúde como estratégias para a promoção da saúde na prática profissional. O assunto, na maioria das vezes, é abordado mais na forma de técnicas de grupo ou oficinas do que na de pressupostos teóricos que deveriam norteá-lo.

Em estudo realizado com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), verificou-se que, além de centrar-se na doença, a educação em saúde segue um modelo tradicional de imposição e transmissão de conhecimentos, tratando a população de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as patologias e como cuidar da saúde, desconsiderando o seu saber popular e as suas condições de vida, ou seja, prevalece uma relação vertical, impositiva, superior, em que o profissional é o detentor do saber. Muitas vezes, há também culpabilização do próprio paciente por sua doença (BESEN et al., 2007).

Este modelo de educação, chamado de modelo tradicional, objetiva fundamentalmente produzir um aumento de conhecimento, sem preocupar-se com o indivíduo como ser integral e membro da comunidade. Os educadores são os autores e os atores do processo; os educandos, seus objetos. Os educadores modelam; os educandos são modelados. Os educadores optam; os educandos seguem a opção do educador (BORDENAVE; PEREIRA, 2010; FREIRE, 2016b).

Diante disso, faz-se necessária a reflexão sobre a formação de profissionais que estejam preparados para o mundo globalizado e seu acelerado processo de modernização científica e tecnológica. Isso vem demandando novas formas de construção do conhecimento, pressionando mudanças no processo de

formação de profissionais competentes para o atendimento à saúde da população. Essa necessidade de mudança decorre de elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e das exigências no perfil de novos profissionais voltados para a transdisciplinaridade na produção do conhecimento (SILVA, M. et al., 2010).

A promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996, trouxe uma perspectiva de transformação na educação no Brasil, propondo mudanças curriculares juntamente com a proposição do desenvolvimento de temas transversais por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), editados em 1998 (BRASIL, 1996, 1998).

Desencadeou-se, assim, um processo de releitura das bases curriculares, emergindo propostas de flexibilização dos currículos que dessem espaço para a conscientização e o reconhecimento da multidimensionalidade da prática profissional. Esses avanços têm provocado mudanças na forma de pensar a educação, numa tentativa de superar o modelo simplificado e fragmentado da formação, visando o desenvolvimento de profissionais críticos, proativos, competentes e comprometidos com a saúde.

Em 2001, frente às necessidades de mudanças curriculares e discussões com os profissionais da área, promulgaram-se as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF). Elas têm como propósito indicar aos cursos como formar enfermeiros com perfil acadêmico e profissional capaz de atuar em diferentes demandas de saúde, com competência técnica, humanística e política, buscando desenvolver potencial crítico, reflexivo e transformador da realidade social (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Entende-se que currículo não é somente um rol de disciplinas ou um instrumento que sistematiza finalidades, objetivos, estratégias e técnicas para o desenvolvimento do ensino. Trata-se de um planejamento que reflete as concepções de homem, de educação e de sociedade, que orienta as escolhas das Instituições de Ensino Superior (IES) e dos grupos de educadores que o elaboram (GARANHANI; VALLE, 2010).

Para Santomé (1998), um CI deve reunir os argumentos da globalização, da interdisciplinariedade, do conhecimento e das interrelações sociais, econômicas e políticas. Para o autor, o vocábulo integração significa a unidade das partes, não uma simples soma ou agrupamento de objetos distintos ou de partes diferentes, mas a unidade que deve existir entre as diferentes disciplinas e formas de conhecimento.

No campo da Enfermagem, iniciaram-se reestruturações curriculares, a fim de transpor o modelo tecnicista, historicamente valorizado até então, para dar lugar a propostas pela via do CI.

O curso de Enfermagem da UEL, no sul do Brasil, desenvolve o CI desde o ano 2000, utilizando a problematização como eixo metodológico e metodologias ativas de ensino e aprendizagem. O projeto pedagógico propõe ainda 12 temas transversais, compreendidos como dinamizadores das atividades acadêmicas, articulados de forma crescente aos conteúdos específicos e desempenhos essenciais dos diferentes módulos. No CI a nomenclatura temas transversais foi substituída pela expressão seivas, mantendo o mesmo significado, isto é, aquilo que transpassa as disciplinas curriculares (GARANHANI et al., 2013). A educação em saúde constitui um desses temas transversais.

As seivas, em relação ao processo de ensino e aprendizagem, são dinamizadoras das atividades acadêmicas, desenvolvidas com abordagens adequadas aos conteúdos específicos dos diferentes módulos (GUARIENTE et al., 2014). Dessa forma, o professor é o mediador, para que os conteúdos de cada módulo sejam intencionalmente imbuídos dos temas transversais/seivas, de modo que o aluno, futuro enfermeiro, encontre ressonância na prática do pensamento norteador do currículo que se propõe a ele. Agindo intencionalmente, o professor carrega a responsabilidade sobre como tal seiva será experienciada pelo aluno; portanto o seu conceito sobre as diferentes seivas é determinante neste processo de ensino e aprendizagem.

Atualmente ainda convivemos com o pensamento reducionista e fragmentário, proposto por Descartes, alicerçando o modo de agir e pensar em diversas áreas do conhecimento. Esta realidade não permite alcançar respostas

aos questionamentos e demandas do mundo contemporâneo, mostrando sinais de exaustão (SILVA et al., 2006). Dessa maneira, o cartesianismo perde progressivamente espaço para o pensamento complexo, que tem como foco reunir, contextualizar, globalizar, sem deixar de lado o singular, o individual e o concreto, de forma a entender o todo no singular e o singular no todo (MORIN, 2014).

Assim as reflexões sobre a educação em saúde, como seiva do CI do curso de graduação em Enfermagem da UEL, fazem eco com as assertivas do pensamento complexo de Edgar Morin. Este admite que “[...] o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo, como o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes” (MORIN, 2014, p. 88). Não rejeita os resultados da ciência reducionista, mas demonstra possibilidades de recusa de suas limitações. Nessa perspectiva, o mundo é visto em sua totalidade, interconectado e não como soma de partes separadas. Portanto a complexidade integra o modo de pensar e se opõe à redução de partes.

Inter-relacionar os saberes, agrupar pensamentos em substituição àqueles que isolam e separam, trazendo à relação o convívio dos contrários, são alguns dos fundamentos do pensamento complexo, que procura estabelecer comunicação e articulação entre diferentes ideias, de modo a assumir relações entre partes e todo (MORIN, 2015).

Para entender a complexidade é fundamental considerar três princípios: o dialógico, o recursivo e o hologramático. O primeiro nos permite manter a dualidade no seio da unidade, associando simultaneamente termos antagônicos e complementares. O segundo nos remete à ruptura de uma ideia linear de causa-efeito, em que os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, causas e produtores daquilo que os produz. O terceiro princípio, por sua vez, transcende ao reducionismo, que não vê mais que as partes, e ao holismo, que não vê mais que o todo, pois afirma que não só as partes estão no todo como também o todo está nas partes (MORIN, 2014).

Em síntese, o pensamento complexo vislumbra o conhecimento multidimensional e a reintegração do homem entre os seres naturais para

distingui-lo deles, não para reduzi-lo a essa situação, sendo o ponto de partida para uma ação mais rica e menos mutiladora (FALCÓN; ERDMANN; MEIRELLES, 2006). Portanto o que procura é unir a ciência e a teoria da mais alta complexidade humana (MORIN, 2014).

Essas contraposições entre cartesianismo e complexidade podem ser transpostas para a enfermagem, em especial para o processo de formação do enfermeiro, que também foi influenciado pelo paradigma cartesiano. Contudo a necessidade de formar profissionais dessa categoria sob a égide de um perfil crítico e reflexivo faz com que a visão reducionista de mundo seja insuficiente para os tempos atuais.

Transpondo tais considerações para a atuação do enfermeiro como educador, em especial no concernente à sua atuação em processos educativos junto da população leiga, percebe-se consonância com o pensamento complexo, uma vez que, para compreender e desenvolver a educação em saúde, o enfermeiro precisa realizar interseções desta prática com os diversos contextos socioculturais em que se inserem os indivíduos para então os empoderar de acordo com seus respectivos níveis de compreensão da realidade e seus múltiplos saberes. Corroborando essas premissas, David, Bonetti e Silva (2012) afirmam:

[...] evidencia-se a importância da integração entre saberes diversos, valorizando os saberes populares, considerando a ancestralidade e a cultura na produção de formas coletivas de enfrentamento, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da inserção destes saberes no SUS, tendo como compromisso o protagonismo e a participação popular (p. 184).

Nessa perspectiva, faz sentido adotarmos a educação em saúde na formação do enfermeiro sob o olhar do pensamento complexo, considerando-o como eixo condutor de uma prática que permeia todas as demais vertentes de atuação deste profissional. Então, com a realidade da educação em saúde sendo desenvolvida como um tema transversal no processo de formação no CI, mobilizamo-nos em busca de resposta para a seguinte questão:

❑ ***Como ocorre a formação do enfermeiro para a educação em saúde em um currículo integrado?***

O desenvolvimento deste trabalho baseia-se nos seguintes pressupostos:

- ▶ As concepções e práticas de educação em saúde dos professores têm influência no processo de aprendizagem dos estudantes.
- ▶ Quando as ações de ensino e aprendizagem alcançam significados para os estudantes, contribuem para a compreensão e aplicação do tema em estudo;
- ▶ O tema educação em saúde, se desenvolvido de forma transversal ao longo da formação do enfermeiro e com a intencionalidade de ser problematizado em suas várias dimensões e contextos, tem maior possibilidade de abranger a complexidade dessa ação.

Após mais de quinze anos de implantação do CI e da proposta dos temas transversais — embora muitos estudos já tenham sido desenvolvidos sobre o próprio currículo —, permanecem lacunas de conhecimento sobre muitas questões, e várias delas sobre os temas transversais. Desde 2013, desenvolve-se a pesquisa “Currículo integrado de um curso de enfermagem: temas transversais e formação profissional”, cujo objetivo geral é analisar a implantação e implementação dos temas transversais na prática pedagógica. Esta pesquisa, de que este estudo faz parte, está vinculada ao Grupo de Estudos de Formação na Área da Saúde — GFAS.

Considerando que os módulos estão em contínuo processo de implementação, avaliação e reconstrução, este estudo visa colaborar com as discussões em torno do tema transversal educação em saúde e ampliar a intencionalidade das definições e respectiva operacionalização ao longo dos

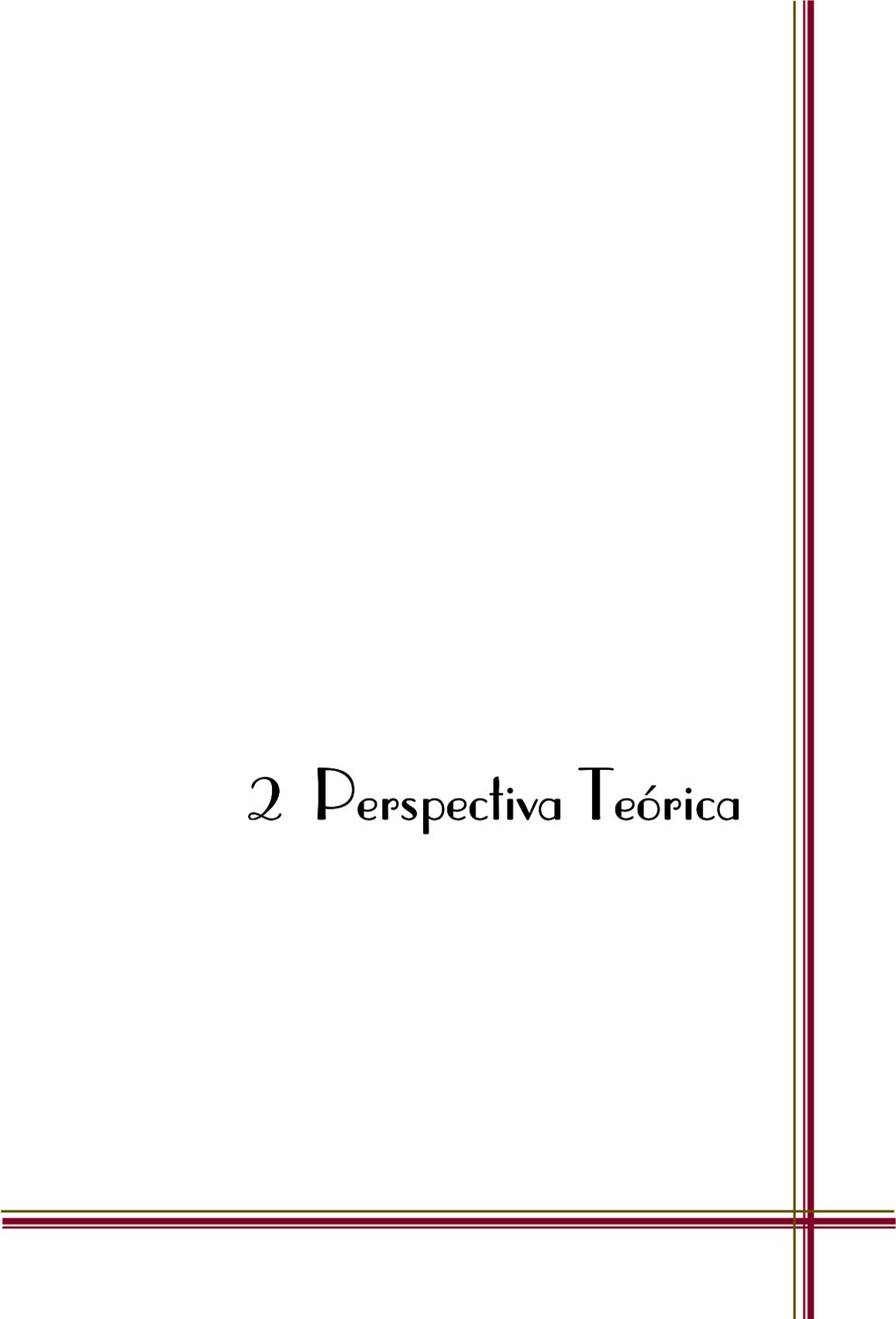
módulos/séries, para que, somados à capacitação contínua dos docentes, possam conduzir de forma adequada não apenas os conteúdos teóricos e as habilidades específicas do tema nos módulos, mas também contribuir com as discussões sobre a formação do enfermeiro para a educação em saúde para além do cenário do estudo, isto é, que se possa ampliar para outras instituições formadoras. Para tanto, este estudo propõe os seguintes objetivos:

❑ **OBJETIVO GERAL:** Compreender como o tema transversal educação em saúde está sendo desenvolvido na formação do enfermeiro em um curso de enfermagem com currículo integrado, sob a perspectiva do pensamento complexo.

❑ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ▶ Descrever como o tema educação em saúde permeia os cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares de um currículo integrado de enfermagem;
- ▶ Relacionar as percepções de professores e estudantes sobre a implementação do tema educação em saúde com a proposta explicitada nos cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares de um currículo integrado;
- ▶ Analisar as concepções de educação em saúde para professores e estudantes de um currículo integrado de enfermagem;
- ▶ Investigar as experiências significativas de aprendizagem em educação em saúde para os estudantes de enfermagem;
- ▶ Discutir as potencialidades, desafios e sugestões para o desenvolvimento do tema educação em saúde na formação do enfermeiro;
- ▶ Analisar a prática educativa da educação em saúde do currículo integrado.

2 Perspectiva Teórica



As práticas investigativas devem, necessariamente, estar fundamentadas em bases teóricas que direcionem o agir pesquisador e iluminem a reflexão acerca da temática escolhida. Essas bases teóricas são necessárias ainda para esclarecer e contrapor as crenças, ou seja, os pressupostos que norteiam o estudo.

Desde as primeiras aproximações com a temática da educação em saúde e do CI, muitas leituras foram necessárias para o desenvolvimento deste trabalho. Neste momento, proponho-me a refletir sobre os conceitos envolvidos que constituíram sua base teórica. Assim o presente capítulo aborda a **EDUCAÇÃO EM SAÚDE**, a **FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO** e a **TEORIA DA COMPLEXIDADE**.

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde traz em si uma complexidade inerente pelo fato de envolver em sua concepção os conceitos de educação e de saúde. Compreendê-la implica discorrer primeiramente sobre o que trazem em si esses dois conceitos. Entende-se por complexidade aqui não algo difícil, obscuro, mas que abrange muitos elementos ou várias partes: o que é tecido junto, no próprio sentido moriniano do termo.

A educação entendida como um processo exclusivamente humano — pois somente os homens se educam — é, antes de tudo, um ato político, ou seja, não é neutro, isento de consequências, mas sim desencadeador de mudanças, tanto individuais quanto sociais. Ensinar e aprender são, assim, momentos de um processo maior: o de conhecer, que implica re-conhecer (FREIRE, 2011b).

Ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos. Tampouco formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. “Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (FREIRE, 2016a, p. 25). Por isso a educação, enquanto fenômeno, acontece em uma determinada situação histórica em que o ser, o existir de cada um tem papel fundamental.

A finalidade da educação é a promoção humana. E o sentido desta é tornar o homem capaz de conhecer-se e conhecer a sua realidade, a fim de nela poder intervir e transformá-la. A educação é, portanto, um processo de construção do homem e da sociedade (SAVIANI, 2014) que dura a vida inteira, porém não se limita à mera continuidade, mas produz mudanças, rupturas, adaptações.

Saviani (2013) chama de desenvolvimento histórico o processo por meio do qual o homem produz sua existência no tempo, e é nesse processo que se origina a educação, com o próprio ato de agir e existir. O ato de viver é o ato de se formar homem, de se educar.

Delors et al. (2012) acreditam que a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser.

O aprender a conhecer pode ser considerado como um meio e uma finalidade da vida humana. Deve-se compreender o mundo que nos rodeia, pelo menos na medida em que isso é necessário para se viver dignamente, para desenvolver capacidades e para se comunicar, o que pressupõe, antes de mais nada, aprender a aprender. Este processo de aprendizagem do conhecimento nunca está acabado e vai se enriquecendo à medida que se vão somando experiências de vida (DELORS et al., 2012).

Aprender a fazer é indissociável de aprender a conhecer, já que o segundo é consequência do primeiro, porém voltado para a formação profissional. Entretanto aprender a fazer não pode ter o significado simples de preparar alguém para uma tarefa material, resultado da transmissão de práticas rotineiras, mas o de preparar o indivíduo para o compromisso pessoal na busca de qualidades como a capacidade de comunicar-se, de trabalhar com os outros, de gerir e de resolver conflitos (DELORS et al., 2012).

Aprender a viver juntos representa, atualmente, um dos maiores desafios da educação. Os seres humanos têm tendência a supervalorizar suas qualidades e as do grupo a que pertencem, e a alimentar preconceitos desfavoráveis em relação aos outros. Existe ainda o clima de concorrência

econômica que estimula o espírito de competição. O que fazer então? Mesmo sem receitas, a educação deve estimular a descoberta progressiva do outro e a participação em projetos comuns. Descobrir o outro implica conhecer a diversidade da espécie humana e tomar consciência das semelhanças e da interdependência entre todos os seres humanos. Significa também descobrir-se a si mesmo, para assim se pôr no lugar do outro e compreender suas reações (DELORS et al., 2012). Talvez essa seja uma das aprendizagens mais relevantes para o desenvolvimento de uma educação em saúde mais compartilhada construída junto com o usuário.

Por fim, aprender a ser está ligado ao desenvolvimento total da pessoa — espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade. A educação deve levar o indivíduo a elaborar pensamentos autônomos e críticos e a formular os seus próprios juízos de valor, de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida (DELORS et al., 2012).

Essas quatro aprendizagens acompanham o ser humano ao longo de toda sua vida, e os tempos e as áreas da educação devem ser repensados, completar-se e interpenetrar-se de maneira que a pessoa, em cada tempo, possa tirar o melhor partido de um ambiente educativo (DELORS et al., 2012).

À vista disso, considerando que a educação em saúde também se constitui como um processo que envolve seres humanos ao longo de suas vidas, em tempos e realidades diferentes, faz-se necessário compreender esses ambientes educativos historicamente determinados, por meio da análise dos momentos históricos e dos contextos em que se situam os problemas daí advindos.

Assim, conforme apontam Silva, C. et al. (2010), observamos que a sucessão de modelos de educação aplicados à área da saúde pública é uma descrição de práticas prevaletentes em certos períodos — em relação aos problemas de saúde destacados para intervenção —, que procuravam manter a hegemonia da classe dominante.

Nesse contexto, podemos observar períodos distintos que configuraram as práticas educativas em saúde no Brasil a partir da metade do século XIX aos dias atuais, conforme sintetizado no Quadro 1.

QUADRO 1 – Trajetória da educação em saúde no Brasil.

| | ATÉ ANOS 20 | ANOS 20 | ANOS 50 | ANOS 60 E 70 | A PARTIR DOS ANOS 80 |
|---|---|--|--|--|---|
| Designação das práticas educativas em saúde | Educação higienista | Educação sanitária | Educação para a saúde | Educação em saúde pública ou educação em saúde | Educação em saúde e educação popular em saúde |
| Evento(s) que influenciou (aram) a metodologia aplicada em tais práticas | Relatório Flexner. Bacteriologia de Pasteur. | Primeira reforma sanitária brasileira | Fundação Sesp (novas tecnologias educativas) | Golpe militar no Brasil. Conferência de Alma-Ata, projetos de medicina comunitária e cuidados primários em saúde. | VIII Conferência Nacional de Saúde e a consolidação da Constituição Cidadã. |
| Local ou espaços de atuação | Residência, ruas e locais públicos | Centros de saúde, escolas e lares | Escolas, locais de trabalho e comunidades rurais | Serviços de saúde e escolas | UBS, escolas, conselhos e espaços comunitários |
| População-alvo | Classes Populares | Famílias e escolares | População urbana e rural de todas as idades | Escolares e grupos específicos | Toda a população |
| Quem era o educador | Polícia sanitária | Educador sanitário e professoras | Educador sanitário e profissionais de saúde | Equipes de saúde multiprofissionais | Todos envolvidos, incluindo a população |
| Atribuições do educador | Fiscalização | Divulgar o saber médico, higienista e convencer as camadas populares a seguirem certos padrões de comportamento. | Práticas de intervenção social, informar e planejar modos de modificar o comportamento e gerar mudanças culturais. | Capacitar o educando para o autocuidado. | Buscar junto com a população propostas de solução dos problemas. |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| Atribuições da população alvo | Nenhuma | Repetição das informações | Reproduzir práticas de saúde | Reproduzir práticas de saúde | Compartilhar saberes |
| Papel do educador | Controlador | Divulgador e comunicador | Interventor | Treinador | Mediador |
| Papel da população alvo | Submisso | Submisso | Reprodutor | Pouco participativo | Participativo |
| Principais atividades desenvolvidas pelos profissionais da educação em saúde | Propaganda sanitária (conselhos ao povo), Fiscalização sanitária. | Palestras, conferências e produção de impressos. | Educação de grupos e trabalhos em equipe, Incentivo à participação comunitária para suprir carências do governo. | Metodologia centrada no educador ou profissional, que passa informações sobre o autocuidado à população. | Educação tradicional é ainda hegemônica, mas a metodologia participativa, baseada no diálogo com as classes populares, ganha espaço formal nas universidades e políticas de saúde. |

Fonte: Adaptado de Silva, C. et al., 2010.

Dessa forma, observamos que a **EDUCAÇÃO HIGIENISTA** era a concepção vigente nas práticas instituídas pelo Estado, do final do século XIX ao início do século XX, com a finalidade de combater as epidemias de varíola, febre amarela, tuberculose, peste e outras que ameaçavam os interesses econômicos, pois, por causa delas, os navios deixavam de atracar nos portos, prejudicando as exportações, sobretudo do café, principal produto do Brasil na época (REIS, 2006; VASCONCELOS, 2001). O modelo de atuação e as estratégias utilizadas tinham inspirações militares, com práticas de saúde extremamente autoritárias, pois partiam do pressuposto que cabia ao Estado assegurar o bem-estar e a saúde da população. Criou-se, assim, a polícia sanitária, liderada por Oswaldo Cruz, cujas ações eram baseadas na imposição de normas e medidas de saneamento consideradas científicas por técnicos e burocratas, mesmo contrariando interesses individuais, justificando-se o controle coercivo dos problemas sanitários como mecanismo de assegurar a defesa dos interesses gerais da nação. Como exemplo dos recursos utilizados, temos a vacinação compulsória e a vigilância sobre

atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças (REIS et al., 2013; SILVA, C. et al., 2010).

Tal modelo vigorou até a década de 1920, com relativo sucesso no controle de algumas doenças, como febre amarela, e pouca efetividade sobre outras, como a tuberculose, que se disseminava na população. O processo de industrialização dessa época promoveu o crescimento da classe de trabalhadores assalariados, e passaram a surgir diferentes problemas de saúde, sobretudo relacionados à ausência de saneamento básico e más condições de moradia, entre outros (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

Os problemas naquele momento eram outros, como a saúde das crianças e dos trabalhadores, entre tantos, para os quais o modelo vigente já não se mostrava eficaz. Surge nesse período uma nova concepção de serviços de saúde, denominada saúde pública, e uma nova prática de educação voltada para a saúde, sob o nome de **EDUCAÇÃO SANITÁRIA** — amplamente influenciada pela estrutura norte-americana (OLIVEIRA, 2000).

Nesse processo, foram criados no Rio de Janeiro, Capital Federal na época, os primeiros centros de saúde brasileiros. A educação sanitária surge com o papel de substituir os métodos repressivos das campanhas sanitárias pela persuasão e conscientização dos métodos educativos e preventivos junto dos indivíduos e coletividades. Apesar de menos impositivo, tal método ainda se caracterizava pela não participação da população no processo educativo. As ações eram desenvolvidas por educadores sanitários e professores, e as informações, métodos e equipamentos foram padronizados em um modelo tradicional e verticalizado (REIS et al., 2013; SILVA, C. et al., 2010).

A partir de então, poucas mudanças foram observadas, pois os modelos de atenção à saúde não consideravam as condições de vida e trabalho da população como fatores determinantes do adoecer. Além disso, a partir da década de 1930, o Estado priorizou a construção de um sistema previdenciário destinado às categorias de trabalhadores mais organizadas politicamente, e ações de caráter coletivo foram esvaziadas em favor da assistência médica individual. As práticas educativas em saúde ficaram restritas a programas e serviços destinados

às populações à margem do jogo político central, continuando a priorizar o combate das doenças infecciosas e parasitárias (VASCONCELOS, 2008).

Somente na década de 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), os indivíduos começam a ser envolvidos no processo educativo. O Sesp teve grande influência na ideologia do desenvolvimento de comunidade, participação comunitária e educação de grupos. No entanto, a doença ainda era percebida como fenômeno individual, e a educação sanitária como solução para prevenir doenças e ganhar saúde. Nessa época, inovações metodológicas e novas técnicas de ensino-aprendizagem foram introduzidas nas práticas de educação em saúde, tais como a educação de grupos, os recursos audiovisuais e o desenvolvimento e organização de comunidades, desencadeando ideias de participação e mobilização de indivíduos nas ações de saúde, contrariando a política centralizadora e paternalista do Estado como um todo (SILVA, C. et al., 2010).

A proposta de participação popular, porém, era mais uma forma de mobilizar a população para atuar em áreas sociais mais restritas e de cobertura de serviços básicos de saúde, mas sem garantia de qualidade e resolutividade dos serviços prestados. Havia treinamento de voluntários de saúde, proliferavam programas comunitários que empregavam mão de obra gratuita, em mutirão, para saneamento básico e construção de postos de saúde (SILVA, C. et al., 2010).

Na década de 1960, o regime militar trouxe consequências imediatas para as políticas de saúde no Brasil, com o total esvaziamento da participação popular, fruto do modo autoritário de administração pública. Os militares impuseram uma política de saúde com foco nos serviços médicos privados, especialmente em hospitais, onde as ações educativas não tinham espaço significativo. Contraditoriamente, essa mesma política criou condições para que novas práticas de educação em saúde fossem experimentadas, uma vez que as condições de saúde da população se deterioravam progressivamente. Passaram a coexistir doenças infecciosas com as crônico-degenerativas agravadas por uma situação de profunda desigualdade social. Os movimentos populares, reprimidos nos primeiros anos do governo militar, começaram a se

rearticular e crescer, reivindicando melhores condições de vida. Esse movimento ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. As práticas de educação voltadas para a saúde, até então denominada educação sanitária, passam a ser chamadas **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** e não mais desenvolvidas apenas por educadores, mas por diversos profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2000; VASCONCELOS, 2008).

Nesse período, a crise econômica e social trouxe consequências para o setor da saúde, que se vê obrigado a buscar alternativas de assistência médica. Assim importa o modelo da medicina comunitária já adotado em outros países e que se mostrava adequado às necessidades políticas do momento. A educação em saúde se torna obrigatória nas escolas de ensino médio e fundamental daquele período (PAIM, 2003; VASCONCELOS, 1997).

Os anos seguintes, particularmente o final da década de 1970, caracterizaram-se pela crescente insatisfação dos profissionais de saúde, tanto das redes de serviço quanto dos acadêmicos nas universidades, que passaram a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população. Tiveram início reflexões e debates sobre como criar um sistema de saúde que atendesse as necessidades da população, e assim foram introduzidos no Brasil os princípios da Declaração de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979). As políticas de saúde novamente foram reorientadas para a participação comunitária e cuidados primários de saúde. Essa nova prática apenas viabilizou um sistema de medicina de classes, em que a medicina científica continuou a ocupar o seu espaço junto das classes mais privilegiadas, e a medicina comunitária dava conta dos marginalizados socialmente (OLIVEIRA, 2000).

Foi, porém, justamente nesses espaços que os profissionais de saúde passaram a conviver mais de perto com os problemas da população e com os processos de adoecimento e cura. Muitos começaram a reorientar suas práticas e a buscar soluções baseadas no diálogo entre o saber popular e o saber científico. Ancorados no método educacional proposto por Paulo Freire, os profissionais de saúde abriram um novo espaço para experiências no campo da educação em saúde, tendo como eixo de referência o método dialógico,

estabelecendo, enfim, a **EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE**. Rompe-se a tradição autoritária e normatizadora dando espaço para a sabedoria popular, livre participação das classes populares com o direito e poder de pensarem, produzirem e dirigirem o uso de seus saberes a respeito de si próprios e de sua saúde (VASCONCELOS, 1997, 2008).

As décadas seguintes se configuraram pela deterioração do sistema político, social e econômico e suas repercussões nas condições de vida e saúde da população. Era necessário repensar novas formas de cuidar da saúde, enquanto se difundia a proposta da reforma sanitária. A VIII Conferência Nacional de Saúde destacou o conceito ampliado de saúde, colocando-a como direito de todos e dever do Estado. Boa parte de suas propostas foi integrada à Constituição de 1988 e moldou as diretrizes do SUS, aprovado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde, formada pelo conjunto de Leis n. 8.080 e n. 8.142 (BRASIL, 1988, 1990; PAIM, 2003).

Silva, C. et al. (2010) destacam que, mais de duas décadas depois, o modelo de atenção proposto pelo SUS, apesar de todos os impedimentos de ordem prática, deu à população o direito à saúde e à participação social e, até o momento, buscam-se alternativas para que as suas diretrizes (universalidade, equidade e integralidade) sejam efetivamente implantadas e deem acesso a um maior contingente de pessoas.

Desde então, além de prática pedagógica constante nos movimentos sociais populares, a Educação Popular em Saúde ganhou dinâmica própria com a organização de espaços agregadores, sistematizadores e produtores de conhecimentos, conceitos e visões de mundo, atuando como dispositivos fundamentais para as lutas populares. Constituem esses espaços as universidades, os serviços de saúde e os movimentos sociais populares (BRASIL, 2013).

A articulação dos sujeitos envolvidos com o tema e a mobilização para a criação de grupos acadêmicos, publicações, assim como a criação da Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, em 1998, com o apoio institucional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, contribuíram para

a criação, em 2003, da Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde na estrutura do Ministério da Saúde. Essa coordenação visa o fortalecimento e a qualificação do controle social na saúde e o diálogo com os movimentos populares, na perspectiva de ampliar a esfera pública de participação da sociedade civil, buscando também inserir o referencial da educação popular em saúde na formação profissional da área (BRASIL, 2013).

A partir de então, em meio a mudanças de gestão e estruturas administrativas, foi sendo gestada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEP-SUS), instituída em 2013 pela Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. A PNEPS-SUS, em seu art. 2º,

reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013, p.2).

Suas diretrizes ainda contemplam dimensões filosóficas, políticas, éticas e metodológicas que dão sentido e coerência à práxis de educação popular em saúde, como diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação, compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Os quatro eixos estratégicos se sustentam em: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; intersetorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013).

Embora figure como política pública e deva pautar as demandas dos serviços de saúde e também a formação dos profissionais da área, a educação popular em saúde e seus pressupostos não são necessariamente incorporados como modelo de atenção. Todavia persistem fortemente arraigadas as concepções do modelo tradicional de educação em saúde. Conforme apontam Silva, C. et al. (2010), esse modelo tradicional hegemônico centraliza o poder nos profissionais de saúde como detentores de todo o saber necessário para se ter

uma vida saudável, ou seja, não se busca a autonomia, ao contrário, enfraquece-se a população, uma vez que prescreve a educação de forma vertical. Tal educação preconiza a adoção de hábitos e persuasão dos indivíduos, que devem adotar comportamentos saudáveis (deixar de fumar, aceitar a vacinação, ter práticas higiênicas, fazer exames preventivos etc.), mediante o contato com veículos de comunicação em massa, como tevê, cartazes e jornais, ou mesmo mediante o acesso às informações, propiciado pelo educador.

Diversos estudos confirmam a percepção de que, em geral, os profissionais descrevem a prática da educação em saúde como o ato de passar, repassar, informar, orientar e transmitir conhecimento ao paciente (BESEN et al., 2007; RIOS; VIEIRA, 2007; SILVA; ROTENBERG; VIANNA, 2004; WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Pinafo et al. (2011), em estudo com profissionais de saúde que atuam na ESF, concluíram que a concepção de educação em saúde como transmissão de informações está fortemente presente em sua prática cotidiana, sendo essa conduta predominante para a maioria dos trabalhadores. Esses profissionais demonstraram em sua atitude de educar uma posição superior à dos usuários, prevalecendo uma relação vertical, impositiva, em que são os detentores do saber, enquanto o saber do usuário não é valorizado.

De modo semelhante, Gazzinelli et al. (2013), ao analisarem as representações sociais dos profissionais de uma equipe da ESF a respeito de educação em saúde concluíram que esse tema continua objetivando a prevenção da doença por meio da transmissão de informações, além da valorização do conhecimento científico do profissional, em detrimento do saber popular, que é desvalorizado ou mesmo ignorado.

Os mesmos autores analisam que tal fato encontra apoio no modelo médico-assistencial privatista, prevalecente desde meados dos anos 1960, privilegiando uma assistência em saúde especializada, individual e curativa, com abordagem biomédica. A educação em saúde, representada sob esse aspecto, permanece como uma prática social que deve ser realizada por profissionais que detêm o conhecimento científico, pressupondo a aceitação social da ciência

médica como fonte legítima da verdade e definidora dos modos de vida e comportamentos que podem ser considerados corretos para que os indivíduos se tornem saudáveis.

Assim, apesar do desenvolvimento e reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas, a educação popular não tem se traduzido em mudanças na realidade dos serviços de saúde, configurando uma discrepância entre teoria e prática. A educação popular ainda se realiza sob motivação ideológica, de voluntariedade, por profissionais que nela investem porque acreditam na sua força transformadora de indivíduos e da sociedade (GAZZINELLI et al., 2005; SILVA, C. et al., 2010).

Vasconcelos (2001) já apontava que o maior desafio talvez fosse a criação de um novo modelo hegemônico participativo, construindo uma tradição de formação de recursos humanos em saúde orientada pela educação popular em busca de uma cidadania compartilhada. Esse desafio permanece atual, pois, embora tenhamos desenvolvido políticas que apontem para uma prática educativa que valorize o saber compartilhado e as relações horizontais entre profissionais e usuários, pouco se conseguirá de mudanças no cenário da educação em saúde, enquanto a formação profissional estiver pautada no ensino tradicional e nas relações verticais entre educadores e educandos.

Só damos o que temos, só ensinamos como aprendemos. Por isso, a adoção de currículos mais integradores, com estratégias metodológicas mais participativas, poderá contribuir na formação de profissionais mais preparados para a utilização dessas mesmas estratégias com os usuários dos serviços quando do desenvolvimento de práticas educativas, contribuindo, quem sabe, para a criação desse novo modelo hegemônico, apontado por Vasconcelos (2001).

2.2 FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

A sociedade tem experimentado diversas e rápidas mudanças advindas do mundo globalizado que exigem respostas cada vez mais constantes e efetivas dos estudiosos da educação. No campo da educação superior, esses desafios são ainda maiores, exigindo das IES a formação de profissionais que sejam, além de tecnicamente competentes, capazes de se adaptar a essas frequentes mudanças sociais e de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária (OPTIZ et al., 2008; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013).

Em um cenário globalizado e de contínua transformação, agências internacionais ligadas à educação, como o Banco Mundial (BM) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), propõem diretrizes para a educação com vistas a atender essas demandas, colocando em pauta a necessidade de revisão das propostas curriculares por se considerar que o ensino fragmentado em disciplinas e pautado na especialização não atende às necessidades do mercado de trabalho e da sociedade (LOPES, 2008; DELORS et al., 2012).

A proposta de mudança das políticas curriculares pelas agências internacionais baseia-se, primordialmente, na integração curricular, que é retomada em diversos textos e diretrizes. No Brasil, e em muitos países, a proposta de organização da educação pela via do CI ganha centralidade no final do século XX e início deste século (LOPES; MACEDO, 2011).

Dessa forma, o ensino nas IES tem sido favorável a currículos que contemplem processos de aprendizado mais ativos, estimulando trocas de informações entre professores, estudantes, profissionais dos serviços de saúde e usuários, no intuito de desenvolver a habilidade no estudante de agir de maneira adequada frente às situações impostas pela prática profissional, instigando a criatividade (SILVA; SOUZA; FREITAS, 2011).

Assim como as transformações na sociedade operam mudanças no modo de desenvolver a educação, o mesmo processo se deu no ensino da enfermagem. A formação do enfermeiro acompanhou, ao longo dos anos, as

mudanças no contexto histórico da profissão e da sociedade brasileira, com significativas mudanças em decorrência das transformações políticas, econômicas e sociais (ITO et al., 2006).

Nesse sentido, as mudanças, não só na sociedade, mas também nas políticas de saúde, são fatores determinantes para a construção do ensino de enfermagem e formação dos profissionais que devem estar engajados nessa realidade. Martinéli et al. (2011) consideram que essa integração dos setores saúde e educação orienta a formação do enfermeiro, a qual precisa ser mais crítica, flexível, versátil, reflexiva, a fim de capacitar esse profissional para enfrentar os desafios da modernidade no que se refere à promoção da saúde.

Lopes Neto et al. (2007) apontam para a expectativa da formação dos profissionais da área da saúde: que esteja ancorada nos princípios e diretrizes do sistema público de saúde; que seja fundamentada no conceito ampliado de saúde; que se utilize de metodologias ativas de ensino-aprendizagem; que considere o trabalho em saúde como eixo estruturante das atividades; que seja respaldada no trabalho multiprofissional e transdisciplinar, na integração entre o ensino e os serviços de saúde e no aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da população.

Silva, M. et al. (2010) destacam que, ao se pensar em novas práticas pedagógicas na formação do enfermeiro, elas devem ser capazes de formar profissionais comprometidos com a sociedade, com a democracia e capazes de inovar com base na integralidade e na humanização.

É necessário que se repensem os projetos pedagógicos e propostas curriculares para formar profissionais comprometidos com os avanços da sociedade. Entretanto apenas mudanças curriculares não bastam para suscitar as transformações necessárias. Neste século, já caminhando para sua segunda década, ainda se vive a expectativa da associação da autonomia individual com o coletivo, Espera-se da educação o impulso desencadeante de uma visão do todo — de interdependência e de transdisciplinaridade —, que possibilite a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva (MITRE et al., 2008).

2.2.1 MARCOS E TENDÊNCIAS DA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

A formação do enfermeiro e, conseqüentemente, o perfil dos egressos vêm sofrendo transformações ao longo dos anos, ainda atrelados ao modelo político, econômico e social vigente, procurando superar os desafios nos limites conjunturais de cada momento histórico da sociedade. Da criação da primeira Escola de Enfermeiras no modelo nightingaleano, em 1923, no contexto da crise econômica e sanitária da época, à ampliação das escolas na década de 1940 por força de lei, doravante ligadas às faculdades de medicina e com forte apelo hospitalar, a enfermagem trilhou o caminho proposto pela conjuntura política, social e econômica do momento. O mesmo Estado que reconheceu o ensino da enfermagem, atendendo aos apelos do setor produtivo e empresarial da área da saúde definiu os fundamentos do currículo e selecionou as disciplinas e estágios obrigatórios, priorizando o ensino das ciências físicas e biológicas e restringindo as ciências sociais (MARTINÉLI, 2011; SILVA, M. et al., 2010).

As sucessivas mudanças curriculares ocorridas a partir de então, em 1949, 1962 e 1972, mantiveram a consonância com as políticas de mercado, e o enfoque permaneceu predominantemente no indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar. A mudança curricular de 1972 criou o currículo mínimo de enfermagem. O parecer do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº. 163/72, reformulou o currículo mínimo e criou as habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa, nos dois últimos semestres do curso (BRASIL, 1994; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001; ITO et al., 2006).

Somente a partir das décadas de 1980 e 1990 é que a enfermagem passa a se preocupar com uma formação mais generalista, influenciada pelos movimentos sociais e políticos da época, dentre eles, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a promulgação da Constituição Federal, em 1988, que criou, em seus artigos 196 a 200, o SUS, regulamentado em 1990, pela Lei nº. 8080/90. Nesse mesmo período, foram aprovados a Lei nº. 7.498/86 e o Decreto nº. 94.406/87, que regulamentam o exercício da profissão (BRASIL, 1986, 1988, 1990; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1987).

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) teve importante papel nessas discussões, promovendo debates e mobilizando docentes, estudantes e profissionais dos serviços com o objetivo de uma construção coletiva de um projeto educacional para a enfermagem brasileira. A troca de experiências e a riqueza das discussões geradas nesse movimento subsidiaram o Parecer nº. 314/94 do então, Conselho Federal de Educação, homologado pela Portaria nº. 1.721 do Ministério da Educação, em 15 de dezembro de 1994, aprovando-se, assim, um novo currículo para os cursos de graduação em Enfermagem. Este novo currículo passou a ser constituído por quatro eixos temáticos: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem (BRASIL, 1994; SILVA, M. et al., 2010).

Esse novo currículo representou um avanço, pois ali se definiam grandes áreas temáticas, não mais valorizando as disciplinas específicas e cargas horárias fragmentadas, uma vez que, segundo Mitre et al. (2008), historicamente, a formação dos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, sempre foi pautada pelo uso de metodologias conservadoras e tradicionais, sob forte influência do mecanicismo, fragmentado e reducionista.

Paralelamente as discussões no campo da educação sobre a formação à luz da integração curricular, orientadas pelas agências internacionais, levavam à elaboração de diversas legislações e diretrizes, com a finalidade de direcionar a formação dos indivíduos nos diversos ciclos da educação. Na educação superior, esses novos caminhos são inicialmente delineados por meio da LDB. A lei fundamenta o processo de formação na educação superior através do desenvolvimento de competências e habilidades; do aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão; da flexibilização dos currículos; da implementação de projetos pedagógicos inovadores, numa perspectiva de mudança para a formação profissional. Essas premissas apontam novas configurações para os padrões curriculares até então vigentes, indicando a necessidade de uma reestruturação dos cursos de graduação com mudanças paradigmáticas no contexto acadêmico, direcionando a construção de Diretrizes Curriculares para

cada curso de graduação (BRASIL, 1996; LOPES; DIAS; ABREU, 2011; SILVA, M. et al., 2010).

Embora representasse avanços, o currículo implantado em 1994 também gerou insatisfações, tais como: ausência de disciplinas da área de educação, desconsiderando a função educativa da enfermagem; delimitação de percentual de carga horária dos eixos temáticos, configurando controle sobre o processo de formação e limitando o perfil do profissional generalista, além de não considerar as características institucionais e regionais onde os cursos se inseriam (SILVA, M. et al., 2010).

Fernandes (2006) recorda que essas insatisfações frente ao novo currículo eram manifestadas nos diversos eventos científicos da área, particularmente nos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEns), criados pela ABEn a partir de 1994, e que trouxeram contribuições significativas para a construção das DCN/ENF, além de se constituírem em espaços para aprofundamento da construção coletiva das políticas e propostas que dizem respeito à educação em Enfermagem.

Aponta ainda que as DCN/ENF (aprovadas pela Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/11/2001) foram concretizadas com base nas propostas que emergiram da mobilização dos enfermeiros, por meio da ABEn, de entidades educacionais e de setores da sociedade civil interessados nas mudanças da formação na área da saúde. Essas diretrizes explicitam a necessidade do compromisso com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, definem os princípios fundamentais para a formação de profissionais críticos, reflexivos, inseridos no contexto histórico-social, pautados em princípios éticos e capazes de intervir nos problemas/situações da atenção à saúde, onde se insere a atenção à saúde da população (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

As DCN/ENF, mais que regulamentar o processo de formação profissional, norteiam as IES na formação cidadã e profissional do enfermeiro, na definição dos componentes curriculares essenciais, tendo por base a flexibilização curricular, pois, ao contrário do currículo mínimo, que define cursos e perfis

profissionais estáticos, abrem a possibilidade de essas instituições definirem diferentes perfis de seus egressos e de eles se adaptarem às transformações das ciências contemporâneas e às necessidades sociais, políticas e econômicas da sociedade (LOPES NETO et al., 2007; VALE; GUEDES, 2004).

As Diretrizes Curriculares definem ainda, em seus artigos 4º e 5º, competências e habilidades gerais e específicas. Consideram-se competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Para Silva, M. et al. (2010), as DCN/ENF trouxeram desafios e geraram mudanças na formação dos enfermeiros, estas pautadas na aquisição, desenvolvimento e avaliação de competências, conteúdos essenciais e flexibilização curricular, entre outras. Os desafios fizeram com que se repensassem estratégias pedagógicas em que o aluno é o sujeito do seu processo de formação direcionado para o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender, de articular conhecimentos, de desenvolver habilidades e atitudes; de saber buscar informações para resolução de problemas e de enfrentamento a situações de imprevisibilidade, da capacidade de agir com eficácia frente às mais diversas situações, apoiando-se em conhecimentos anteriormente adquiridos, mas sem limitar-se a eles.

As DCN/ENF também norteiam a elaboração dos projetos pedagógicos do curso (PPCs), que são a base da gestão acadêmico-pedagógica dos cursos de Enfermagem, contemplando aspectos filosóficos, políticos, conceituais e metodológicos que determinam as competências e habilidades dos egressos (LOPES NETO et al., 2007). Dentre as orientações, destaca-se a articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência, na busca de um profissional crítico, reflexivo, generalista, humanista e criativo. Nessa perspectiva, repensar o modelo de formação constitui um desafio às IES e às entidades de classe dos profissionais de saúde, já que as políticas públicas estimulam a adoção de projetos educacionais inovadores, que contemplem parcerias entre academia, serviço e comunidade (LALUNA; FERRAZ, 2007).

Assim as DCN/ENF trouxeram avanços significativos na forma de se pensar e organizar a formação do enfermeiro, rompendo com as concepções pedagógicas tradicionais, estimulando a elaboração de propostas de transformação capazes de alterar as relações entre professores e alunos, e destes com os espaços de ensino e aprendizagem, para a construção do conhecimento e de novas práticas de educação, de enfermagem e de saúde (VASCONCELOS; BACKES; GUE, 2011).

Silva, M. et al. (2010) reforçam essa ideia ao afirmarem que a formação do profissional enfermeiro em uma perspectiva crítico-criativa requer uma revisão nos modos de ensinar-aprender enfermagem, estando esse desafio posto não só pelo reconhecimento da complexidade da sociedade contemporânea como também pelas novas demandas legais, traduzidas pelas DCNs.

O processo de mudança, porém, é lento e enfrenta resistências, sendo possível encontrar ainda cursos com dificuldade para incorporar as mudanças estabelecidas pelas DCN/ENF e que mantêm modelos tradicionais de ensino de enfermagem (VASCONCELOS; BACKES; GUE, 2011).

Não são raras críticas e rejeições às diretrizes pelo entendimento de que elas, apesar de atenderem a grande parte dos interesses da categoria, ainda mantêm uma concepção tecnicista, com ideia de qualificação, atrelada à produção no modelo de organização capitalista do trabalho. Outra crítica diz respeito à forma como as competências estão explicitadas, trazendo em alguns pontos conotações subjetivas que dão margem a múltiplas interpretações (VALE; GUEDES, 2004).

Ainda assim, os cursos de graduação em enfermagem promoveram (re)formulações em sua estrutura curricular, e existem muitos avanços nas diferentes inclinações metodológicas adotadas nos cursos, com vistas a atender as DCN/ENF, direcionando, inclusive, para propostas integradas de currículo, conforme destacado em diversos estudos nos últimos anos (CHAVES, 2014; COBERLINI et al., 2010; SORIANO et al., 2015).

Fernandes e Rebouças (2013) em estudo que analisou uma década de DCN/ENF reconheceram o dinamismo e a provisoriedade das mesmas em sua totalidade e desdobramentos. No SENADEn de 2014 esse tema foi analisado e debatido, culminando com o documento “Carta de Maceió para a Educação em Enfermagem no Brasil” que recomendou a revisão e atualização das DCNs. Assim, a ABEn assumiu esse compromisso e iniciou o movimento de revisão das DCN/ENF com a criação de grupos de trabalho para debater: a DCN que queremos, o que mudar, porque mudar, como mudar, qual o perfil do egresso, as competências gerais e específicas, a relação teoria-prática, o estágio e a preceptoria, dentre outras questões que merecem ampla discussão (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2014, 2016b).

No SENADEn de 2016 os grupos de trabalho/comissões entregaram seus relatórios e a diretoria de Educação da ABEn firmou o compromisso de elaborar um consolidado de todas as propostas enviadas e submeter à análise de especialistas. O Conselho Consultivo Nacional de Escolas e Cursos de Enfermagem recomendou a ampliação da discussão sobre as DCN/ENF, incluindo marcos conceituais, teóricos e metodológicos, eixos estruturantes e transversais que possam dar luz a um projeto de educação em enfermagem, em continuidade ao trabalho realizado até o momento, em todos os Estados. Neste último evento foi debatido também o posicionamento contrário da entidade sobre a formação na modalidade da educação à distância (EAD), que foi incluído na Carta de Brasília, documento elaborado no 68º CBEEn, em 2016 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2016a, 2016c).

2.2.2 CURRÍCULO INTEGRADO: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Para Santomé (1998), o termo CI é uma tentativa de contemplar uma compreensão global do conhecimento e de promover maior interdisciplinaridade na sua construção. A integração ressaltaria a unidade que deve existir entre as diferentes disciplinas e formas de conhecimento. Os argumentos que sustentam a opção pedagógica pelo CI encontram apoio em três vertentes. A primeira baseia-se em razões epistemológicas e metodológicas, para

as quais um ensino permeado pela integração possibilita a análise de um problema ou de uma situação sob diferentes perspectivas disciplinares. Nesse caso, o argumento é que o conhecimento científico atual encontra-se de tal maneira inter-relacionado que romperia com as barreiras disciplinares. A segunda vertente ancora-se em razões psicológicas e cognitivas, uma vez que a integração é vista como meio de atender às necessidades e aos interesses dos indivíduos, valorizando-se a experiência individual e os processos de aprendizagem. Por fim, a terceira vertente fundamenta-se em razões sociológicas, ao conceber que a integração permite uma aproximação do conhecimento e da realidade social, favorecendo o uso do conhecimento para lidar com os problemas e questões sociais.

Romano (2000) define CI como aquele que organiza o conhecimento, integrando os conteúdos que mantêm uma relação entre si. Para isso, existe uma subordinação dos conhecimentos previamente isolados a uma ideia central. São quatro os princípios que orientam um currículo integrado: a totalidade, a interdisciplinaridade, a relação entre teoria e prática e o currículo como processo. Esses quatro princípios foram adotados pelo PPC de Enfermagem da UEL.

O princípio da totalidade prevê que o todo e as partes sejam analisados em um só momento e conjugadamente, interconectando conceitos e inter-relacionando conteúdos oriundos das diversas áreas do conhecimento, desenvolvidos nas disciplinas curriculares. Morin (2014) reforça esse princípio quando afirma que o todo está inserido nas partes, assim como as partes estão inseridas no todo. Nesse sentido, no CI o todo é construído de maneira simultânea entre as partes, pressupondo os princípios da interdisciplinaridade e da relação entre a teoria e a prática (GARANHANI et al., 2013).

O princípio da interdisciplinaridade aborda a inter-relação e o diálogo entre as diferentes disciplinas, preservando a autonomia e a profundidade dos conhecimentos específicos, visando uma compreensão pluridimensional dos fenômenos. Teóricos brasileiros defendem a integração interdisciplinar voltada aos problemas da realidade em saúde, considerando que os conteúdos das disciplinas

que auxiliam na compreensão desta realidade interagem dinamicamente, estabelecendo entre si conexões e mediações (MERHY, 2002; MORIN, 2015; ROMANO, 2000).

O princípio da relação entre teoria e prática recomenda que esses dois polos devam ser trabalhados simultaneamente, constituindo-se em uma unidade indissolúvel, em que a prática não é simplesmente a aplicação da teoria, e a teoria não é formulada sem a prática (GARANHANI et al., 2013).

O quarto princípio evidencia o currículo como um processo. Ele deve permanecer aberto à discussão, à crítica e à transformação, já que é permanentemente construído e reconstruído em uma sucessão de mudanças (GARANHANI et al., 2013). Morin (2010a) argumenta que o reducionismo a que os saberes tradicionais foram submetidos acarretou a perda das noções de multiplicidade e diversidade. Então é prudente e necessário que haja abertura e flexibilidade nas estruturas curriculares planejadas. Moraes (2010) alerta que é preciso estar receptivo às emergências, às bifurcações e às mudanças que ocorrem nos ambientes de aprendizagem, pois a não linearidade e o indeterminismo podem exigir mudança de rota, fazendo com que uma ação inicialmente não planejada e insignificante se transforme em algo importante e significativo em outro momento do processo.

Além dos quatro princípios citados anteriormente, os professores do curso de Enfermagem da UEL elegeram um quinto: integração entre ensino, serviço e comunidade. Essa escolha pautou-se na valorização do espaço compartilhado entre professores, estudantes, profissionais de saúde e usuários (GARANHANI et al., 2013). O artigo 14 da Lei Orgânica da Saúde menciona que devem ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino médio e superior. O artigo 27 dessa lei explana que os serviços públicos que integram o SUS são campos de prática para ensino e pesquisa, por meio de normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1990). Ainda, desde 2015, vigora o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), um dispositivo da Política Nacional de Educação Permanente ofertado aos atores do SUS (gestores,

trabalhadores e usuários) e da Educação Superior da área da saúde (gestores, docentes e estudantes), para promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no SUS e para o SUS (BRASIL, 2015). A UEL e o curso de Enfermagem, em parceria com o município de Londrina, participam do grupo de trabalho que discute as estratégias para implementação e consolidação da política de integração ensino-serviço-comunidade.

O Curso de Enfermagem da UEL adotou o CI, objeto de estudo dessa pesquisa, como proposta pedagógica a partir do ano 2000. Além dos módulos interdisciplinares de ensino, incluiu em seu PPC os temas transversais na formação do enfermeiro, inspirado nos PCNs (BRASIL, 1998) propostos para o ensino médio.

A construção do CI no referido curso contou com o compromisso dos professores em buscar a formação profissional que considerasse: a integralidade da assistência ao indivíduo, família e comunidade; os determinantes do processo saúde-doença; os fatores socioeconômicos relacionados com os conteúdos programáticos; as atividades multiprofissionais e interdisciplinares constantes e não somente pontuais; a integração com os serviços e com a comunidade e, ainda, a concepção de que o estudante é um cidadão que constrói seu conhecimento e é responsável pelo desenvolvimento de suas competências técnicas, políticas e éticas de forma ativa, crítica e reflexiva (GARANHANI et al., 2013).

2.3 TEORIA DA COMPLEXIDADE

A Teoria da Complexidade foi “tecida” como forma de se contrapor e questionar a fragmentação e o esfacelamento do conhecimento e das disciplinas, em que o pensamento linear, oriundo do século XVI, colocava o desenvolvimento da especialização como supremacia da ciência, preterindo o saber generalista e globalizante (MORIN; MOIGNE, 2000).

As ciências da saúde foram fortemente influenciadas pelo paradigma cartesiano e desenvolveram-se sustentadas na fragmentação das disciplinas e na visão do ser biológico, favorecendo o poder da superespecialização (FORTIN, 2007). A formação dos profissionais da saúde, neste contexto, foi também historicamente modelada pela utilização de metodologias assistencialistas, abordagens conservadoras, fragmentadas e reducionistas, nas quais se privilegiava o saber curativista, em detrimento das práticas proativas voltadas para a proteção e promoção da saúde (BACKES et al., 2010).

Reportando-nos ao objeto de estudo desta pesquisa, fica evidente o quanto esse paradigma influenciou a adoção de práticas educativas tradicionais, em relações verticalizadas entre usuários e profissionais, com supervalorização do conhecimento e da especialização destes, em detrimento do saber popular.

Para Morin (2014), a educação, sob o olhar da complexidade, visa à formação de um sujeito cidadão, contribui na construção de um indivíduo complexo e deve abranger várias dimensões: política, social, econômica, religiosa, cultural e ambiental. Afirma que isso só seria possível com a reformulação do sistema educacional, nos três níveis (do “primário” à universidade), acabando com o pensamento fragmentado, com disciplinas que separam, e introduzindo uma visão que integra, revelando o todo e favorecendo a comunicação entre os saberes.

A reforma do ensino necessita levar à reforma do pensamento, e esta à reforma do ensino, da universidade. A universidade conserva as memórias, integraliza e ritualiza um legado cultural de saberes, ideias e valores. Sendo assim, ela é conservadora, regeneradora e geradora. Conservadora por manter as memórias; regeneradora por regenerar esses saberes e atualizá-los, e geradora por produzir novos saberes, que passarão a ser parte do legado a preservar. Tem uma dupla função paradoxal: adaptar-se à modernidade científica e integrá-la (MORIN, 2014).

Para que o pensamento não se pautem em uma verdade absoluta, Edgar Morin discorre sobre a necessidade de se promover uma reforma do

pensamento, cuja essência é formar pessoas capazes de enfrentar os problemas de seu tempo, capazes de pensar a complexidade para enfrentar os desafios da agonia e os problemas da era planetária (MORIN, 2014).

Nesse sentido, a adoção de novas propostas curriculares que visem essa integração, como a do CI adotado pelo curso de Enfermagem da UEL, configura uma aposta nessa mudança de paradigma. O perfil profissional proposto pelo PPC evidencia:

[...] se inserir no mundo do trabalho de forma crítica, intencional, tecnicamente competente, com valores éticos e humanizados, compromissados com a transformação qualitativa da sociedade e tendo consciência do seu papel social e político de agente de transformação, é necessária uma nova proposta, novas articulações e, principalmente, novas posturas (GARANHANI et al., 2014, p. 93).

Esses profissionais terão outra visão sobre o ser humano sob seu cuidado, podendo estabelecer outro tipo de relação, em que haja valorização das necessidades do outro, da sua subjetividade e principalmente do seu saber, e que este possa ser compartilhado.

Na visão moriniana, o ser humano é visto como um ser que, ao mesmo tempo, é único e múltiplo, pois na sua unidade humana há uma diversidade humana, ou seja, a unidade não se restringe apenas a fatores genéticos: “Compreender o humano é compreender sua unidade na diversidade, sua diversidade na unidade. É preciso conceber a unidade do múltiplo, a multiplicidade do uno” (MORIN, 2011, p. 51).

O ser humano é um ser complexo; a sua singularidade está relacionada a ser um ser único, e a sua diversidade relaciona-se com a sua vida em sociedade, sua cultura, língua, crenças, normas, valores, política, história, ou seja, ao mesmo tempo em que é um ser único, ele é um ser que sofre essas interferências e é um ser a ser cuidado, e este cuidado deve ser integral, atendendo-o em sua multidimensionalidade (MORIN, 2011).

O complexo requer ainda um pensamento que capte relações, inter-relações, implicações, implicações mútuas, fenômenos multidimensionais,

realidades que são simultaneamente solidárias e conflitivas (como a própria democracia, que é o sistema que se nutre de antagonismos e que, simultaneamente, os regula), que respeite a diversidade, ao mesmo tempo que a unidade, um pensamento organizador que conceba a relação recíproca entre todas as partes (MORIN, 2014).

Assim, para a construção desse ser humano complexo, a reforma do ensino proposta por Morin passa pela reformulação do sistema educacional, que inclui, além da articulação das disciplinas, a reeducação dos educadores, pois é nas universidades que se formam os educadores, desde os níveis básicos até os mais avançados (SILVA, 2011).

Extrapolando para o campo da saúde e da enfermagem, na formação desses profissionais, que futuramente exercerão práticas educativas, é necessário religar os saberes das disciplinas, direcionando para o pensamento complexo, compartilhando as experiências e os saberes, de modo que nenhuma disciplina domine sobre a outra, proporcionando um cuidado ampliado para todos os usuários e trabalhadores da saúde (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

2.3.1 EDGAR MORIN

*“Sim, sou feliz, mas tenho um lado melancólico também,
como a face obscura da Lua”*
(EDGAR MORIN, 2010b)

Seria temerário discorrer sobre os conceitos que envolvem o pensamento complexo sem antes desvelar um pouco da trajetória de Edgar Morin, para que se compreenda, além da pessoa, as inquietações e o contexto que o levaram a elaborar seus pensamentos e teoria.

O próprio Edgar Morin considera os escritos autobiográficos como elementos essenciais da obra de qualquer cientista, e estes não devem ser concebidos como desprovidos de valor conceitual. Ele próprio se define:

Inicialmente, sou filho. Filho órfão de minha mãe, que morreu quando eu era criança; até os sessenta e três anos, filho de meu pai, morto em 1984 (por isso, sem dúvida, um pai insatisfatório), filho de meus atos que me fizeram Morin, filho da Terra, a Pachamama dos incas. Minha segunda resposta, eu repito, é que sou um ser médio e, por isso mesmo, um espécime não muito singular da espécie humana, o que constitui minha singularidade. Afirmar que sou um ser médio quer dizer, também, que tenho minhas carências, minhas lacunas, minhas inseguranças, minhas imbecilidades. É por isso que jamais desejei edificar, com minha obra, minha própria estátua. Se você ler os meus diários publicados, verá que eu me desestatuo sem parar (MORIN, 2010b, p. 373).

Edgar Morin, filósofo e sociólogo francês, humanista, de origem judaica, estudioso da complexidade, tem se destacado como um dos mais importantes pensadores dos séculos XX e XXI (RIBEIRO, 2011).

Nasceu em Paris, em 8 de julho de 1921, batizado com o nome de Edgar Nahoum. Descende de famílias de judeus sefarditas, que foram expulsos da Espanha no século XV, no processo de sua unificação política. Em razão de sua origem judaica, foi, em muitos momentos, hostilizado por colegas de infância. Filho único do comerciante Vidal Nahoum e de Luna Beressi, que faleceu dez anos após seu nascimento, fato que o marcou profundamente. Após a morte da mãe, o menino passa a ser criado por seu pai, com quem não tem muita afinidade, e por uma tia materna (MORIN, 2002; RIBEIRO, 2011).

É na infância e adolescência que se interessa por leitura e cinema, encontrando livros que o perturbaram, transformaram e formaram sua identidade. Pelos livros — mais pelo romance —, Morin chegou ao mundo e, movido por necessidades intrínsecas, tornou-se autodidata (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

Cursou Letras, História, Geografia, Direito e engajou-se na Sociologia, Filosofia e Epistemologia. Ao longo de sua trajetória, foi influenciado por pesquisadores de diferenciados campos, abrangendo desde as Ciências Sociais e Políticas até a Psicologia (RIBEIRO, 2011). Estar na academia não refletia sua aspiração profissional, mas seu desejo por aprender. No final de 1941, aos 20 anos, filia-se ao Partido Comunista Francês, pela afinidade com os ideais de liberdade e igualdade. As ideias de Karl Marx influenciaram e fundamentaram as bases de seu pensamento (MORIN, 2002).

Entre 1942 e 1944, período em que a França foi ocupada pela Alemanha, adotou o pseudônimo de Morin, já que as circunstâncias exigiam que escondesse sua opção política e sua ascendência judaica, porque trabalhava no coração da Resistência Francesa, como membro oculto do Partido Comunista Francês, perseguido pela Gestapo, a polícia secreta alemã. A partir daí, conservaria o sobrenome Morin por toda a vida. Nessa época, obtém licenciatura em direito, história e geografia, pela Sorbonne (MORIN, 2010b).

Em 1945, casou-se com Violette Chapellaubeau, com quem teve duas filhas: Irène, nascida em 1947, e Véronique, em 1948 (MORIN, 2002).

Em 1949, distancia-se do partido e, em 1951, é desfilado, por sua posição antistalinista, sua consciência liberal e postura crítica em relação ao regime comunista, que, em sua visão, era contrário ao que acreditava, principalmente, pelo dogmatismo e ditadura. Naquele mesmo ano, foi convidado a ingressar como pesquisador no *Centre National de la Recherche Scientifique* (CNRS), dedicando-se ali à investigação científica, até 1989 (RODRIGUES, 2011).

Quanto às suas obras, publicou, em 1946, seu primeiro livro, *O Ano Zero da Alemanha*, obra influenciada por muitas questões que Morin vivenciara e que o marcaram profundamente, como a morte da mãe e de amigos de guerra, a experiência vivida nessa guerra e o enrijecimento do partido comunista. Entre outras ideias desenvolvidas na obra, está o início do esboço de algumas bases do pensamento complexo, como a *dialógica* (RODRIGUES, 2011).

Em 1951, publicou *O homem e a Morte*, em que pondera sobre a realidade imaginária do ser humano. Esse livro abrange estudos sociológicos, antropológicos e filosóficos. Nessa obra, explicita as bases para sua cultura transdisciplinar (MORIN, 2002).

Nessa mesma época, fundou a revista *Argumentos* (1957-1963), um periódico destinado à publicação de contribuições antropológicas, sociológicas, filosóficas, culturais e históricas dos principais pensadores do período. O contato que o periódico proporcionava com o pensamento multidisciplinar foi fundamental

para alicerçar as bases do pensamento complexo, sobretudo a perspectiva de superação da fragmentação dos saberes (RODRIGUES, 2011).

Em 1961, fez uma longa viagem pela América Latina (Brasil, Chile, Bolívia, Peru, México). Fascina-se pelo mundo indígena e afro-brasileiro, país para o qual voltaria inúmeras vezes (MORIN, 2002).

Entre 1963 e 1964, buscou um pensamento que desse conta da inversão e da criação do sujeito, o que culminou na dialógica *sapiens-demens* e na definição de *homo complexus*. A década de 1960 foi um momento de vasta produção em sua vida (MORIN, 2002).

Entre os anos de 1969 e 1970, recebeu um convite do Instituto *Salf* para ir a *La Jolla*, na Califórnia, para refletir sobre a relação entre biologia e sociologia e sobre as possíveis consequências que uma nova revolução biológica poderia trazer para as ciências sociais e humanas. É nesse instituto que conhece a revolução biológica genética, iniciada com a descoberta da dupla hélice da molécula do ácido desoxirribonucleico (DNA). Assim, inicia-se nas três teorias que considera interpenetrantes e inseparáveis: a cibernética, a teoria dos sistemas e a teoria da informação, que, tecidas em conjunto, vão fundamentar a Teoria da Complexidade (MORIN, 2002).

Em setembro de 1972, foi convidado como palestrante do colóquio “A unidade do homem: invariantes biológicos e universais culturais”. O evento, realizado na França, reuniu biólogos, antropólogos, sociólogos, matemáticos, cibernéticos e, apesar da diversidade de abordagens, tentou colocar o ser humano como um fenômeno total. Esse evento reacende em Edgar Morin o desejo de desenvolver uma antropologia geral, com atenção especial para a unidualidade humana (MORIN, 2002).

Publica nos anos de 1977 a 1980 o primeiro volume de *O Método: a natureza da natureza*, em que procura apresentar um conhecimento integrado e uma epistemologia da complexidade. É sua obra de maior referência com seus cinco outros volumes: *A vida da vida*; *O conhecimento do conhecimento*; *As ideias*:

habitat, vida, costumes, organização; A humanidade da humanidade e A ética (RIBEIRO, 2011).

Publicou mais de 30 livros. Neste estudo, foram citadas somente algumas de suas obras. Viajou por mais de 30 países. Tem afeição especial pelo Brasil, onde sempre participa de debates e atividades com professores e especialistas de diferentes áreas a respeito da educação nas escolas e universidade. Atualmente, com 95 anos, vive em Paris, com sua esposa Agnes Edwige. É considerado um dos educadores mais importantes da atualidade (MORIN, 2002)

2.3.2 O PENSAMENTO COMPLEXO

A palavra complexidade etimologicamente se origina de *plexus*, que significa entrelaçado, tecido em conjunto. Na sua origem latina, provém de *complectere*, cuja raiz *plectere* significa trançar, enlaçar. Em francês, a palavra *complexe* aparece no século XVI oriunda do latim *complexus* — que abraça; participio do verbo *complector*, que significa eu abraço, eu ligo (MORIN, CIURANA; MOTA, 2003).

Complexo significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e o seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade (MORIN, 2011, p.36).

A teoria da complexidade é desenvolvida ao longo dos seis volumes de *La Methode*, obra traduzida para o português como *O Método*, escrita no final do século XX e início do século XXI.

A base da epistemologia da complexidade está fundamentada em três teorias que se inter-relacionam: a teoria da informação, a cibernética e a teoria dos sistemas. A teoria da informação analisa problemas relativos à transmissão de sinais no processo comunicacional. A cibernética é a ciência que estuda as

comunicações e o sistema de controle dos organismos vivos e máquinas em geral, onde a causa atua sobre o efeito, que por sua vez age sobre a causa. Já a teoria dos sistemas afirma que *o todo é mais que a soma das partes*, indicando a existência de qualidades emergentes que surgem da organização do todo e que podem retroagir sobre as partes; mas o todo é também menos que a soma das partes, pois as partes têm qualidades que são inibidas pela organização global (PETRAGLIA, 2000).

A definição de complexidade traz ainda a ideia de conjunto, junção, universo, uma vez que todas as coisas estão ligadas, e umas influenciam as outras. A transdisciplinaridade é o grande pilar do pensamento complexo, que também é chamado de complexidade, epistemologia de complexidade e teoria da complexidade (SILVA, 2011).

Para Morin (2015), a palavra complexidade é aquela que não reporta a ideias simplistas, nem tampouco reducionistas, de forma que a complexidade não é subjugada a uma vertente de pensamento. Cabe ao pensamento complexo ser capaz de considerar as influências recebidas no âmbito interno e externo, atuando de forma não individual e não isolada, integrando ações nas quais emergem novas faces. O pensamento complexo amplia o saber e nos conduz a um maior entendimento sobre os nossos problemas essenciais, contextualizando-os, interligando-os, contribuindo na nossa capacidade de enfrentar a incerteza (RIBEIRO, 2011).

O pensamento complexo é o pensamento que compreende que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o todo depende do conhecimento das partes. É um pensamento que enfrenta a incerteza, que une, que substituirá a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo; corrigirá a rigidez da lógica pelo dialógico capaz de conceber noções ao mesmo tempo complementares e antagonistas, ligará a explicação à compreensão em todos os fenômenos humanos (MORIN, 2014).

A Teoria da Complexidade propõe uma educação emancipadora justamente porque favorece a reflexão do cotidiano, o questionamento e a

transformação social, enquanto concepções reducionistas, revestidas de pensamentos lineares e fragmentados, valorizam o consenso de uma pedagogia que, visando a harmonia e a unidade, acabam por estimular a domesticação e a acomodação (SILVA; CAMILLO, 2007).

Dessa forma, o pensamento complexo é consonante com os ideais da proposta de educação popular em saúde e pode ajudar nas reflexões acerca da formação do enfermeiro para as práticas educativas. O paradigma da complexidade, norteador do sentir, pensar e agir humanos, não reduz a complexidade a uma ideia clara e distinta, passível de ser definida como no paradigma cartesiano. Como na vida não há certezas absolutas, não podemos nos livrar das incertezas (MORIN, 2005a).

2.3.3 PRINCÍPIOS ORGANIZADORES

A Teoria da Complexidade apresenta sete princípios, complementares e interdependentes, para um pensamento que une. São eles: princípio sistêmico ou organizacional; princípio holográfico; princípio do circuito retroativo; princípio do circuito recursivo; princípio da autonomia/dependência (auto-organização); princípio dialógico e princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento (MORIN, 2014).

O **PRINCÍPIO SISTÊMICO OU ORGANIZACIONAL** é o que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, considerando impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tanto quanto conhecer o todo sem conhecer, particularmente, as partes. A ideia sistêmica, oposta à ideia reducionista, é que o todo é mais do que a soma das partes. O todo é igualmente menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto.

O **PRINCÍPIO HOLOGRAMÁTICO** põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Assim cada célula é uma parte de um todo — o organismo global —, mas também o todo está na parte: a totalidade do patrimônio

genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente em cada indivíduo como todo, através da sua linguagem, sua cultura, suas normas.

O **PRINCÍPIO DO CIRCUITO RETROATIVO** é o que permite o conhecimento dos processos autorreguladores. Rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa.

O quarto é o **PRINCÍPIO DO CIRCUITO RECURSIVO**, que ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador, em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz. Os indivíduos humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linhagem e a cultura.

O **PRINCÍPIO DA AUTONOMIA/DEPENDÊNCIA (AUTO-ORGANIZAÇÃO)** enuncia que os seres vivos são seres auto-organizadores que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, dependem energia para manter sua autonomia. Vale especificamente para seres humanos, que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura e para as sociedades que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico. Um aspecto chave da autoeco-organização viva é que ela se regenera permanentemente a partir da morte de suas células.

O **PRINCÍPIO DIALÓGICO** une dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. Sob as mais diversas formas, a dialógica está constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano. Este princípio permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo.

E, por fim, o **PRINCÍPIO DA REINTRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM TODO CONHECIMENTO** é o que opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente ou cérebro, em uma cultura e épocas determinadas.

As ideias do autor são marcadas por uma recursividade exemplar. Conforme Almeida; Carvalho (2009), podemos observar expressões, argumentos e reflexões que aparecem de forma sintética em alguns de seus livros, reaparecem em outros de modo renovado, instigante e provocador. Assim os princípios do referencial teórico da complexidade se repetem em todas as suas obras, com maior ou menor ênfase para uns e, em alguns casos, sendo tratados como operadores, com destaque para o dialógico, recursivo e hologramático.

Edgar Morin tem debatido sobre a crise planetária, que intitula de policrise. É uma agonia planetária, agravada pelo sentimento de impotência perante o surgimento de novos problemas. Dessa forma, um dos caminhos possíveis para a reflexão em torno dela, da sua edificação a partir das ruínas, é por meio do papel desenvolvido pela educação (RIBEIRO, 2011).

Para a educação, a contribuição da complexidade está para além da interdisciplinaridade, ou seja, defende-se uma nova prática, que é a transdisciplinaridade, que faz com que pensemos em uma forma de intercâmbio entre as disciplinas, superando e desmantelando quaisquer fronteiras entre elas. Dessa forma, a redução e fragmentação do saber serão reprimidas (MORIN, 2014).

Vale destacar que o pensamento complexo não é contra a disciplina, mas abre outros campos para a disciplina. Sua introdução no ensino pode nos levar possivelmente para rumos inovadores na construção do conhecimento (MORIN, 2005a).

Em 1999, a UNESCO solicitou a Edgar Morin a sistematização de um conjunto de reflexões que servissem como ponto de partida para se repensar a educação do século XXI. O resultado culminou na produção de um livro que foi publicado no Brasil, pela UNESCO, com o título *Os Sete Saberes Necessários para a Educação do Futuro*. Aborda a necessidade de um esforço transdisciplinar que seja capaz de unir as ciências e as humanidades, rompendo com o paradoxo natureza/cultura. Para Morin (2011), existem sete saberes fundamentais que a educação do futuro deveria tentar colocar em prática em todas as sociedades e

culturas, sem exclusividade e rejeição, segundo modelos e regras próprios a cada sociedade e cultura. Os sete saberes propostos são: As Cegueiras do Conhecimento: o erro e a ilusão; Princípios do Conhecimento Pertinente; Ensinar a Condição Humana; Ensinar a Identidade Terrena; Enfrentar as Incertezas; Ensinar a Compreensão; A Ética do Gênero Humano.

Destacamos para reflexão a pertinência do conhecimento e o ensino da compreensão humana, que subsidiaram as discussões deste estudo.

2.3.4 CONHECIMENTO PERTINENTE

A era planetária necessita situar tudo no contexto e no complexo planetário. O conhecimento do mundo de forma real é uma necessidade intelectual e vital, considerando-se o contexto vivenciado atualmente. A questão fundamental da educação é a reforma paradigmática e não programática do pensamento, para que se possa perceber e conceber o contexto, o global (a relação todo/partes), o multidimensional e o complexo. A educação deverá ser capaz de evidenciar essa inadequação cada vez mais ampla dos saberes desunidos, divididos, compartimentados, contrapostos aos problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, globais, planetários. Para que o conhecimento seja pertinente, ele deverá superar essa inadequação, tornando evidentes o contexto e o complexo, de maneira multidimensional e em uma concepção global (MORIN, 2014).

Existe um problema capital, sempre ignorado, que é o da necessidade de promover o conhecimento capaz de apreender problemas globais e fundamentais para neles inserir conhecimentos parciais e locais. A supremacia do conhecimento fragmentado, de acordo com as disciplinas, frequentemente impede a operação do vínculo entre as partes e a totalidade, e deve ser substituída por um modo de conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto. É necessário desenvolver a aptidão natural do espírito humano para situar todas essas informações em um contexto e um conjunto. É preciso ensinar os métodos que permitam estabelecer as relações

mútuas e as influências recíprocas entre as partes e o todo em um mundo complexo (MORIN, 2015).

O pensamento complexo é, essencialmente, aquele capaz de reunir, contextualizar, globalizar mas, ao mesmo tempo, capaz de reconhecer o singular, o individual, o concreto (MORIN, 2015).

Dessa forma, busca-se a aproximação do conhecimento pertinente com o objeto de estudo, pois, para a formação do enfermeiro para as práticas educativas, é necessário que o conhecimento seja contextualizado, globalizado, trabalhado em sua multidimensionalidade e complexidade.

Morin (2010a) mostra no desenvolvimento histórico da produção do conhecimento a necessidade de religação dos saberes, de conjunção, de articulação por meio do pensamento complexo, que permite compreender o real, tratar suas contradições, incertezas, processos desordenados, imprevisíveis. Um real onde convivem ordem, organização, desorganização, caos, crises, ou seja, é o pensamento capaz de reunir, de contextualizar, de globalizar e, ao mesmo tempo, de reconhecer o singular, o individual, o concreto.

O conhecimento pertinente é aquele capaz de situar qualquer informação em seu contexto e, se possível, no conjunto em que a informação está inscrita. Nisso se constitui o desafio da globalidade, que é também um desafio da complexidade (MORIN, 2015).

Para Morin (2010a), os pesquisadores deveriam inscrever a competência especializada num contexto natural, na globalidade. Propõe ainda que deve se contextualizar cada acontecimento, pois as coisas não acontecem separadamente: “Os átomos surgidos nos primeiros segundos do universo têm a ver com todos nós”.

O conhecimento pertinente torna-se indispensável para enfrentar os grandes desafios de nosso tempo, dentre os quais se destaca a capacidade de armazenamento e a crescente aceleração, ampliação, circulação e produção de saberes novos num mundo globalizado. Por isso, o autor recomenda: “Temos,

portanto, de ensinar a pertinência, ou seja, um conhecimento simultaneamente analítico e sintético das partes religadas ao todo e do todo religado às partes” (MORIN, 2010a, p. 87).

No conhecimento pertinente, é o contexto que situa as informações e os dados, conferindo-lhes sentido e significado e possibilitando a compreensão do objeto estudado. Só se apreende um conhecimento quando este está contextualizado sob os aspectos global, geográfico e histórico, pois conhecer um dado isolado não lhe permite alcançar o entendimento do todo (MORIN, 2011).

Já o global é mais que o contexto e diz respeito às relações entre o todo e as partes que são ligadas ao todo, de maneira que uma retroage sobre a outra. Dessa forma, uma sociedade é mais que um contexto: é o todo organizador e desorganizador do qual fazemos parte. O todo possui características que não são encontradas nas partes, se estas estiverem isoladas umas das outras, e certas qualidades e propriedades das partes podem ser inibidas pelos limites provenientes do todo, isto é, existe a presença do todo no interior das partes. Para o autor, a educação do futuro deverá se inspirar no princípio de Pascal, para quem “é impossível conhecer o todo, sem conhecer a particularidade das partes, e conhecer as partes, sem conhecer o todo” (MORIN, 2011, p 35).

Para entender a ideia de multidimensional, Morin (2011) considera unidades complexas como o ser humano ou a sociedade. O ser humano é, ao mesmo tempo, biológico, psíquico, social, afetivo e racional, enquanto a sociedade comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica, religiosa. Assim o conhecimento pertinente deve reconhecer esse caráter multidimensional e nele inserir essas informações: não apenas não se pode isolar uma parte do todo, mas também as partes umas das outras. Como exemplo, temos a dimensão econômica inter-retroagindo nas diferentes dimensões humanas permanentemente. Na dimensão do cuidado em saúde, e mais especificamente na formação profissional, considerar esse aspecto faz toda diferença nas práticas educativas.

A completude do conhecimento pertinente se dá no enfrentamento da complexidade. Como já foi mencionado, para Morin, complexo é aquilo que foi tecido junto. Existe complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis

do todo, havendo um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto do conhecimento e o seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. É a união entre a unidade e a multiplicidade (MORIN, 2011). Na dimensão complexa do conhecimento pertinente é possível visualizar a educação popular em saúde partindo de um saber compartilhado, em que o usuário tem a sua parte (conhecimento) retroagindo no todo (prática educativa e educadores), e o todo na parte.

2.3.5 ENSINO DA COMPREENSÃO HUMANA

A compreensão deve ser o meio e o fim da comunicação humana, e esta deve ser voltada para a compreensão, porém a comunicação não garante a compreensão (KNOBBE, 2007; MORIN, 2011).

Vivemos hoje um paradoxo em nossa situação de humanos. Melhoramos muito nossos meios de comunicação, ao mesmo tempo em que nos solidarizamos e nos unimos por meio de uma maior consciência de interdependência. Entretanto ainda não nos compreendemos. Nossas instituições de ensino são caracterizadas pela incompreensão: disciplinas que brigam com as outras, departamentos que não se entendem, áreas do conhecimento que não falam umas com as outras (MORIN, 2011).

É preciso introduzir o ensino da compreensão nas unidades de ensino em qualquer nível que elas aconteçam. A ideia da compreensão pode ser estendida ao planeta, que precisa de mais compreensão. Nosso planeta, como terra pátria, hoje se caracteriza pela incompreensão política, ideológica, econômica. Esta deve ser a missão da educação: “ensinar a compreensão entre as pessoas como condição e garantia da solidariedade intelectual e moral da humanidade” (MORIN, 2011, p. 81).

A comunicação, lembra Morin (2011), é comunicação de informação às pessoas ou grupos que podem entender o que ela significa. Mas a compreensão é um fenômeno que mobiliza poderes subjetivos para considerar o

outro também como sujeito. Multiplicamos as formas de comunicação no planeta e não conseguimos compreender próximos e distantes.

Há duas formas de compreensão: a intelectual ou objetiva e a humana intersubjetiva. A compreensão intelectual significa apreender em conjunto e passa pela inteligibilidade e explicação. Explicar é considerar o que é preciso conhecer como objeto e aplicar-lhe todos os meios objetivos de conhecimento. Já a compreensão humana vai além da explicação, pois comporta um conhecimento de sujeito a sujeito. Envolve empatia, identificação e projeção. Percebemos o outro como alguém com quem nos identificamos (MORIN, 2011).

Enquanto compreender é captar as significações existenciais de uma situação ou de um fenômeno, explicar é situar um objeto ou um acontecimento em relação à sua origem ou modo de produção, às suas partes ou componentes constitutivas, à sua constituição, às suas utilidades, à sua finalidade; é situá-lo numa causalidade determinista e numa ordem corrente (MORIN, 2005b).

A compreensão pertence à esfera da sensibilidade e da ação, porque o pensamento também cansa. Tentar compreender algo apenas pelo viés da razão conduz a um estado de inércia, à indiferença. Por outro lado, não cansamos de tentar compreender, porque é dessa forma que, ao esgotar os próprios pensamentos, temos necessidade de sentir o influxo das opiniões alheias, mesmo que não sigamos seu impulso (KNOBBE, 2007).

Os obstáculos à compreensão podem ser extrínsecos ou intrínsecos, mas nas suas duas formas são diversos e enormes, e é necessária uma educação que possa superá-los e favorecer o ensino da compreensão humana. Morin (2011) considera primeiramente como obstáculos exteriores à compreensão intelectual: o ruído, que atrapalha a transmissão da informação, cria mal-entendidos ou não entendidos; a polissemia, que dá uma noção de sentido para um enunciado que é entendido de outra forma; a ignorância aos ritos e costumes do outro; a incompreensão dos valores imperativos de uma cultura, como o respeito aos idosos, crenças religiosas; a incompreensão dos imperativos éticos próprios a uma cultura; a impossibilidade de compreensão de ideias ou

argumentos de outra visão de mundo; e a impossibilidade de compreensão de uma estrutura mental em relação à outra.

Quanto aos obstáculos intrínsecos, Morin (2011) os atribui às duas compreensões. Dentre eles está o egocentrismo, que dificulta a compreensão, já que fertiliza o autoengano, pois o indivíduo tapeia a si mesmo e culpa o outro por seus males. O autoengano é um jogo que alterna mentira e sinceridade, convicção e duplicidade, levando o sujeito a perceber, de maneira pejorativa, o que as pessoas dizem ou fazem. Quando se autoengana, o indivíduo seleciona questões desfavoráveis dos outros, eliminando o que lhes é favorável, fato que interfere na compreensão entre as pessoas, pela incompreensão de si mesma. Quando encobre as próprias fraquezas, o homem se torna implacável com as fraquezas dos outros. O ego hipertrofiado e alimentado pela necessidade de consagração torna-se necrosado, em lugar de mais compreensivo..

O etnocentrismo e o sociocentrismo são outros obstáculos à compreensão, já que podem despojar a qualidade de ser humano em quem é estrangeiro em uma pátria. O combate real ao etno e sociocentrismo seria a luta contra a ascendência egossociocêntrica do racismo, não somente contra seus sintomas propriamente ditos (MORIN, 2011).

Outro obstáculo intrínseco às duas compreensões é o espírito redutor, que restringe o conhecimento do complexo ao de um de seus elementos, considerado como o mais significativo. Esse modo de pensar, dominante, redutor e simplificador, aliado à incompreensão, que motiva a redução da personalidade, ainda é predominante, e suas consequências são piores no âmbito da ética do que no do conhecimento físico. Se um organismo se mostrar através de um de seus traços oportunos, não se conhecerão os aspectos negativos dessa personalidade, mas quando esse traço se mostrar desfavorável, não se conhecerão seus traços positivos. Nos dois casos, haverá incompreensão. Para a compreensão humana, não se pode reduzir o ser humano a seu erro, mesmo que o tenha cometido inúmeras vezes. O pensamento que abstrai do ser humano suas outras facetas, além do erro que cometeu, afasta o indivíduo de seu complexo e de sua humanidade, em razão desse único quesito. A crença em verdades absolutas

destrói a possibilidade de compreensão das verdades de outras pessoas (MORIN, 2011).

Morin (2011) adverte ainda para a ética da compreensão, que deve nos levar a compreender de modo desinteressado, e pede que se argumente ao invés de julgar ou acusar, como se nós mesmos nunca tivéssemos cometido erros ou conhecido a fraqueza. O caminho para a humanização das relações humanas é compreender antes de condenar (MORIN, 2005b).

Devemos atentar ainda para o que favorece a compreensão, que é o “bem pensar” e a introspecção. O bem pensar nos permite apreender em conjunto o texto e o contexto, o complexo, as condições do comportamento humano e compreender igualmente as condições objetivas e subjetivas. Já a introspecção é prática mental do autoexame, uma vez que a compreensão de nossas fraquezas é a via para a compreensão das faltas dos outros. O autoexame crítico permite que julgemos nosso egocentrismo (MORIN, 2011).

A consciência da complexidade humana nos permitirá compreender o outro. Não podemos reduzir um ser humano à menor parte dele mesmo ou ao seu pior fragmento, sem considerar todas as outras partes que o compõem (MORIN, 2005b).

Para o exercício da compreensão humana, Morin (2011) alerta, ainda que devemos estar abertos de forma subjetiva não só aos mais próximos ou aos privilegiados, mas a todos, sem nos tornarmos indiferentes às misérias físicas e morais dos nossos semelhantes. Assim somos também levados ao exercício da tolerância, aceitando expressões de ideias, convicções e escolhas diferentes das nossas.

A compreensão é, ao mesmo tempo, meio e fim da comunicação humana. O planeta necessita, em todos os sentidos, de compreensões mútuas e é necessário que o ser humano seja educado para a compreensão, em todos os níveis educativos e em todas as idades. Esta deve ser a educação do futuro (MORIN, 2011).

À vista disso, acreditamos que as concepções de Edgar Morin sobre o pensamento complexo dão o suporte necessário para as discussões sobre a formação do enfermeiro para a educação em saúde em um currículo integrado, proposta para este estudo.

Nesse sentido, retoma-se a questão de pesquisa que norteia esta pesquisa: Como ocorre a formação do enfermeiro para a educação em saúde em um currículo integrado? Para tanto, o próximo capítulo contextualiza o cenário deste estudo — o Curso de Enfermagem da UEL.

3 Contexto do Caso

O cenário de estudo desta pesquisa é o Curso de Enfermagem da UEL. O curso nasceu praticamente junto com a Universidade que foi criada em 1970 e reconhecida em 1971, ano de criação do curso.

A UEL é uma entidade de direito público, localizada no município de Londrina, no Estado do Paraná, criada pelo Decreto Estadual nº. 18.110, de 28 de janeiro de 1970 e reconhecida pelo Decreto Lei nº. 69.324, em 7 de outubro de 1971. Atualmente oferece 54 cursos de graduação, sendo 39 bacharelados e 15 licenciaturas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2016b), e tem como missão

[...] a gestão democrática, com plena autonomia didático-científica, comprometida com o desenvolvimento e a transformação social, econômica, política e cultural do Estado do Paraná e do Brasil. Busca garantir a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a igualdade de condições de acesso e de permanência discente, a liberdade e respeito ao pluralismo de ideias, tendo como finalidade a produção e disseminação do conhecimento, formando cidadãos e profissionais com competência técnica e humanística, orientada por valores éticos de liberdade, igualdade e justiça social (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2016a).

A UEL ainda oferta 244 cursos de pós-graduação, entre especializações, residências, mestrados e doutorados. Atualmente a comunidade estudantil é representada por um total de 17.874 estudantes, sendo 12.551 em cursos de graduação e 5.323 nos de pós-graduação. Em 2016, no ranking das IES da América Latina, foi a 84ª colocada, a 19ª em Ensino Superior do Brasil, a 5ª no Estadual do Brasil e a 2ª no Estadual do Paraná (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2016b, 2016c).

O curso de Enfermagem da instituição anualmente oferece 60 vagas em turno integral, com duração de quatro anos, perfazendo 4.152 horas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2009). A UEL adota o sistema de cotas para estudantes da rede pública, reservando-lhes um percentual de 40% das vagas, metade das quais para candidatos que se autodeclararem negros. Desde 2016, a universidade aderiu ao Sistema de Seleção Unificada (SISU), para o qual o curso de Enfermagem disponibiliza 10 vagas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2016d).

O curso está alocado no Centro de Ciências da Saúde (CCS), anexo ao Hospital Universitário de Londrina (HUL), local onde ocorre grande parte das atividades teóricas, práticas, de pesquisa e de extensão referentes à graduação e pós-graduação dos cinco cursos da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e Odontologia). Conta com um espaço físico de 34 salas de aula, dois anfiteatros, laboratórios — Laboratório Interdisciplinar de Técnicas de Enfermagem (LITE), Laboratório de Informática (NIS), Laboratório de Habilidades (LH), entre outros — e uma biblioteca setorial (DESSUNTI et al., 2014).

As atividades teóricas do curso desenvolvem-se, em sua maior parte, no CCS, mas também no *campus* universitário, enquanto as práticas são realizadas no HUL, laboratórios do *campus* e do CCS, UBSs, hospitais de média e alta complexidade, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), centro de referência para doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), maternidade municipal, escolas e creches e em instituições de saúde do Município e da região (DESSUNTI et al., 2014).

O Curso de Graduação em Enfermagem, criado pela Resolução UEL nº. 53, de 26 de outubro de 1971, passou a ser ofertado a partir de 1972 (DESSUNTI et al., 2014). Sua história acompanhou a própria trajetória da UEL e do cenário de saúde do Município na década de 1970, com destaque nacional pelo comprometimento com avanços importantes no setor da saúde, na busca de melhorias das condições de vida e de saúde da população, com mudanças na prática de ensino, visando a formação de profissionais com perfis diferenciados (ALMEIDA, 2013; CORDONI JUNIOR, 1979).

Nesse contexto, ao longo de seus quarenta e cinco anos de história, consolidou-se pelo envolvimento crescente dos seus docentes nas reflexões e propostas de mudanças na formação de profissionais comprometidos com as necessidades de saúde da população. Nesse período ocorreram sete reformulações curriculares, com destaque para a criação do Internato de Enfermagem, no currículo de 1992, e para a mais recente, de 2000, que culminou

com a reformulação curricular e com a implantação do CI (BRASIL, 1996; DESSUNTI et al., 2005; GARANHANI et al., 2013).

O processo de elaboração e implantação da proposta do CI só foi possível pelo esforço conjunto de docentes, estudantes e profissionais dos serviços onde os estudantes estagiavam. Optou-se pela implantação, primeiramente, do currículo de transição, em 1996, pela necessidade de mais discussões sobre o tema, realização de seminários e oficinas em busca de domínio de estratégias que pudessem dar sustentação às modificações pretendidas (GARANHANI et al., 2005).

O PPC aprovado pelo grupo de docentes em dezembro de 1999, que implantava o CI a partir do primeiro semestre do ano 2000, inaugurava uma nova fase no curso. O objetivo era “formar o enfermeiro generalista, com responsabilidade social, tendo como princípio norteador a defesa da vida, saúde como direito e alívio do sofrimento na terminalidade” (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2009, p. 8). Dessa forma, procurava-se o alinhamento com as propostas da LDB e com os debates das DCN/ENF, ainda em fase de discussões.

O CI é uma proposta atual que encontra fundamentação, entre outras justificativas, na articulação das disciplinas, na possibilidade de superação da dicotomia entre teoria/prática e básico/profissional, na diversificação de cenários da prática e no ensino baseado na contextualização e na problematização (KELLER-FRANCO; KUNTZE; COSTA, 2012).

Buscando um processo educativo crítico e reflexivo, o CI faz uso de metodologias de ensino condizentes com a realidade que se espera na formação profissional do enfermeiro — neste caso, metodologias ativas, que rompem com o modelo tradicional e se propõem a promover um ensino centrado no estudante, tornando-o um ator ativo e participativo em seu processo de aprendizagem, levando-o a aprender a aprender. O professor assume o papel de orientador, ou seja, de facilitador e mediador da aprendizagem e deve ter uma atuação consciente e contínua, buscando despertar no estudante o seu potencial de intervenção na realidade (GARANHANI et al., 2013).

Os conteúdos estão organizados de forma a reunir conhecimentos do conteúdo básico e clínico e propiciam que a teoria se apresente relacionada à prática, promovendo a articulação entre ensino, serviço e comunidade. (DESSUNTI et al., 2014).

A elaboração da proposta do CI rompeu com o modelo vigente centrado em disciplinas, que foram substituídas por módulos interdisciplinares, que são organizações didático-pedagógicas estruturadas em todas as séries do curso. Caracterizam-se por atividades interdisciplinares que buscam desenvolver competências por meio da inter-relação de conceitos e disposição de atividades, favorecendo a aprendizagem significativa com a utilização de estratégias metodológicas ativas (GARANHANI et al., 2013).

O conteúdo dos módulos interdisciplinares no CI é trabalhado com grupos de 15 a 20 estudantes (pequeno grupo), 30 (grande grupo) e 60 (plenária), todos tendo o professor não mais como transmissor do conhecimento, porém como mediador do aprendizado (GARANHANI et al., 2013).

Cada módulo deve garantir o desenvolvimento de habilidades cognitivas (saber), psicomotoras (saber fazer) e atitudinais (saber ser e saber conviver), necessárias para o alcance dos desempenhos¹ e competências², que compõem o perfil almejado do enfermeiro. Estão organizados em unidades de ensino que orientam e conduzem o estudante a adquirir, gradualmente, uma maior amplitude e profundidade no desenvolvimento e construção do seu conhecimento (GARANHANI et al., 2013).

Os planos de ensino utilizados nos módulos do curso de Enfermagem foram denominados cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares. Esses cadernos discriminam várias informações,

¹ Desempenho profissional (ou de alguém em processo de formação profissional) é a dimensão visível da competência; é a expressão concreta dos recursos que se articula e mobiliza para enfrentar situações (GARANHANI et al., 2014; KIKUCHI et al., 2014; RAMOS, 2001).

² Competência é a capacidade de mobilizar recursos para solucionar um problema. Os recursos são os atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, tarefas essenciais que caracterizam uma determinada prática profissional (RAMOS, 2001).

como: propósito geral, carga horária, professores e departamentos responsáveis, áreas de conhecimento envolvidas, árvore temática e/ou mapa conceitual, competências, desempenhos e habilidades específicas, unidades de ensino e sequências de atividades, critérios de avaliação, cronograma, referências e anexos (GARANHANI et al., 2013).

No decorrer do curso, o estudante é conduzido por módulos que o levam gradativamente a construir o conhecimento necessário para a sua formação profissional. A matriz curricular apresenta 18 módulos interdisciplinares distribuídos ao longo dos quatro anos de graduação. O estudante deve ainda cumprir 60 horas de atividades acadêmicas complementares. O Quadro 1 mostra a matriz curricular do CI do curso de Enfermagem da UEL.

QUADRO 2 – Matriz curricular do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

| | 1ª SÉRIE | 2ª SÉRIE | 3ª SÉRIE | 4ª SÉRIE |
|--------------------|---|---|---|--|
| 1º SEMESTRE | A Universidade e o Curso de Enfermagem da UEL (86h) O Processo Saúde-Doença (363h) | Práticas do Cuidar (368h) | Saúde do Adulto II (405h) | Cuidado ao Paciente Crítico (133h) Doenças Transmissíveis: Prevenção e Cuidado (133h) Saúde Mental: Ações de enfermagem nos níveis de atenção à saúde (133h) |
| ANUAL | PIM I (84h) | PIM II (113h) | | TCC 2 (100h) |
| 2º SEMESTRE | Aspectos Morfofisiológicos e Psíquicos do Ser Humano (368h) | Organização dos Serviços de Saúde e Enfermagem (130h) Saúde do Adulto I (212h) Centro de Material e Biossegurança (83h) | Saúde da Mulher e Gênero (203h) Saúde da Criança e do Adolescente (229h) | Internato de Enfermagem (913h) |
| ANUAL | PIM I | PIM II | TCC 1 (36h) | TCC 2 |

Fonte: DESSUNTI et al. (2014, p. 35)

Como já mencionado, o PPC adotou, desde a implantação do CI no ano 2000, a abordagem de temas transversais, ou seivas, que são orientações escolares com o intuito de contribuir para a formação global do indivíduo, visando a sua participação qualificada na sociedade. A transversalidade promove uma compreensão abrangente dos objetos do saber e a percepção do sujeito como agente na produção do seu conhecimento, superando a dicotomia entre ambos (BRASIL, 1998).

Para a composição do PPC no ano 2000, os professores elegeram as seguintes seivas: processo saúde-doença, determinação social, Sistema Único de Saúde, homem histórico, comunicação, trabalho em equipe, educação em saúde, investigação científica, bioética, processo de cuidar, gerência de enfermagem e interação ensino-serviço-comunidade (SOUBHIA et al., 2005).

A educação em saúde, naquele primeiro momento, enfatizava a função do enfermeiro em orientar pessoas e grupos sociais a respeito de cuidados com a saúde, estimulando atividades que favorecessem a qualidade de vida, promoção à saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de sequelas de doenças agudas e crônicas, envolvendo inúmeros temas. O CI e suas metodologias ativas deveriam garantir que o estudante desenvolvesse desempenhos e habilidades específicas de educador, assim como as reflexões sobre as condições de vida do indivíduo e da comunidade os transformassem em sujeitos ativos de mudanças dos fatores determinantes do processo de adoecer (SOUBHIA et al., 2005)

Em 2011, houve, em um dos fóruns de avaliação do CI, alterações na composição das seivas, assim como também em algumas nomenclaturas. Atualmente o CI é composto por 12 seivas: ser humano sócio-histórico-cultural, determinação social do processo saúde-doença, Sistema Único de Saúde, gestão do cuidado, metodologia da assistência, integração ensino-serviço-comunidade, educação em saúde, comunicação, investigação científica, trabalho em equipe, bioética e biossegurança (GUARIENTE et al., 2014).

É importante ressaltar que o conceito de educação em saúde foi ampliado na estruturação de 2011, incorporando uma visão mais abrangente do

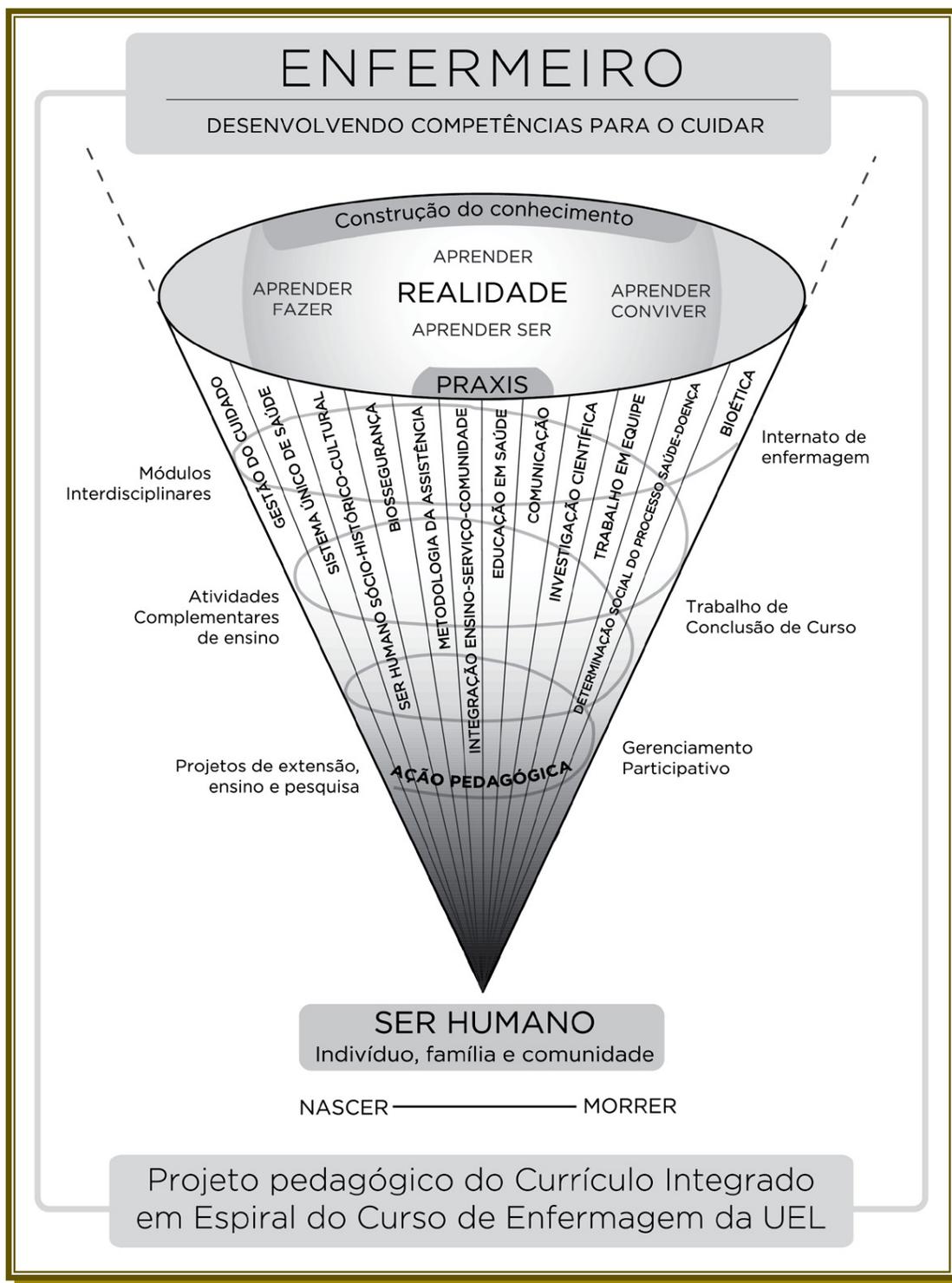
papel de educador do enfermeiro. Com isso, a educação permanente em saúde (EPS) e a educação continuada foram consideradas sob o âmbito da educação em saúde (GUARIENTE et al., 2014).

Tal alteração se justificou pelo fato de o grupo entender, naquele momento, que a competência educativa dos futuros profissionais deveria ser trabalhada no CI de forma planejada e organizada, por meio do desenvolvimento de habilidades didático-pedagógicas articuladas às habilidades de comunicação, trabalho em equipe, raciocínio clínico e epidemiológico, análise da realidade, entre outras. E estas só seriam possíveis quando articuladas e contextualizadas de forma transversal ao longo de todo o processo de formação (GUARIENTE et al., 2014).

Para integrar os princípios adotados no CI, optou-se pela estrutura do currículo em espiral, que propõe a organização do curso partindo do geral para o específico, em níveis de crescente complexidade e em sucessivas aproximações (DOWDING, 1993). Definidas as competências a serem alcançadas, introduzem-se novos conhecimentos e habilidades (cognitivas, afetivas e psicomotoras) em momentos subsequentes, retomando o conhecimento prévio e mantendo-se as interligações com as informações aprendidas anteriormente (DESSUNTI et al., 2014).

A Figura 1 mostra como ocorre a formação do profissional enfermeiro no CI. A ilustração, adaptada de Dowding (1993), reproduz o movimento em espiral que expõe a intencionalidade do ensino adotada pelo corpo docente:

FIGURA 1 – Projeto Pedagógico do Currículo Integrado em espiral do Curso de Enfermagem da UEL.



Fonte: GARANHANI et al. (2014, p. 92).

Esse movimento explicita a intencionalidade da exposição gradativa dos temas transversais, que devem ser abordados desde a primeira até a quarta série. Externamente, na figura, destacam-se atividades que, juntas, propiciam a consolidação do desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e desempenhos desejados para o perfil almejado do enfermeiro. O interior do cone contempla os conhecimentos, habilidades e atitudes nos quatro domínios propostos por Delors et al. (2012): o aprender, o aprender fazer, o aprender ser e o aprender conviver, compreendendo que essas quatro vias do aprender se constituem em apenas uma, ou seja, existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta. Na base da figura, destaca-se o ser humano, a quem se destinam as ações de cuidado de enfermagem, compreendido como um ser histórico em seu ciclo de vida, desde o nascer ao morrer, com dignidade, exercendo a sua cidadania.

A avaliação nesse contexto de ensino e aprendizagem adquire um caráter especial, pois deve ser capaz de abranger todas as particularidades do processo de formação. A avaliação na tendência pedagógica crítica pode ser pensada como um espaço mediador entre o ensino e a aprendizagem, em que estudante e professor buscam o diálogo aberto e transparente, possibilitando o estabelecimento de caminhos para a superação das dificuldades encontradas ao longo do processo de ensino e aprendizagem (ÁLVAREZ MÉNDEZ, 2002). Deve ter caráter formativo, ou seja, deve ser contínua, democrática, processual, diversificada, integral, sistemática, intencional, abrangente, inclusiva, participativa e solidária; deve contribuir para a progressão, para o desenvolvimento ou a melhoria da aprendizagem em curso (SILVA, 2013) e tem como função coletar informações, sistematizar, interpretar e intervir para promover o desenvolvimento de aprendizagens significativas.

Desde 2005, optou-se, no curso, por um sistema de avaliação por conceito bidimensional (apto/não apto) que integrasse a concepção de avaliação formativa, buscando valorizar aspectos qualitativos em detrimento dos quantitativos, assumindo a subjetividade inerente a todo processo avaliativo (GARANHANI et al., 2013).

Demo (2010) afirma que, para avaliar, precisamos dispor de uma escala de contraste, que pode ser quantitativa (nota) ou qualitativa (conceito), porém entre nota e conceito não existe, a rigor, qualquer diferença, pois ambos se referem a uma escala. Dessa forma, o que levou o curso a abolir a nota e adotar o conceito (bidimensional e não multidimensional) foi o fortalecimento da avaliação formativa. Em outras palavras, embora estivesse claro para muitos professores que, não importando se fosse nota, conceito ou qualquer outra expressão, o que de fato conta é o compromisso do professor com a aprendizagem e suas decisões frente aos resultados da avaliação, entendia-se que, naquele momento, trabalhar com conceito bidimensional poderia fortalecer o caráter formativo da avaliação, pela ênfase no *feedback*. Além disso, esse sistema não trabalha com média, assim um desempenho essencial não pode ser compensado por outro, o que permite identificar com clareza o desempenho satisfatório e o insatisfatório (KIKUCHI et al., 2014).

A avaliação por conceito bidimensional no CI exige o alcance de desempenhos e habilidades essenciais, sem os quais o estudante não progride no curso, bem como evita a classificação dos estudantes em melhores ou piores, que é um dos maiores conflitos presentes no cotidiano educacional, tanto dos estudantes como dos professores (KIKUCHI et al., 2014). Sobre isso, Hoffmann (2014) aponta para a incoerência existente entre a adoção de práticas inovadoras de ensino e as formas avaliativas em que se perpetuam a classificação e a comparação, existentes na concepção pedagógica tradicional.

Para uma avaliação nesta perspectiva, o discurso escrito em sala de aula não seria suficiente, sendo necessária uma abordagem qualitativa de avaliação frente a situações cotidianas complexas, e é sob esse enfoque que o curso de Enfermagem fez a opção por uma avaliação por desempenhos para o alcance das competências desejadas para o enfermeiro. Para isso, foram determinados, por módulo interdisciplinar, os desempenhos essenciais, ou seja, aqueles que são considerados como indispensáveis para a obtenção das competências estabelecidas no planejamento de ensino (GARANHANI et al., 2013).

Os professores têm, todavia, consciência de que a aprendizagem das dimensões — que envolvem o aprender, o aprender ser, o aprender conviver e o aprender fazer — não ocorre de forma separada, estática e isolada. Assim as atividades planejadas para o desenvolvimento dos módulos buscam contemplar essas dimensões de maneira articulada em suas avaliações (KIKUCHI et al., 2014).

Diferentes estratégias e instrumentos são utilizados a fim de coletar informações sobre o desempenho do estudante, como: provas orais e escritas, seminários, provas práticas, sínteses, estudos de casos clínicos, resenhas, portfólio, registro de observações nos campos de prática e estágio, entre outros (GARANHANI et al., 2013).

Na dimensão do *aprender fazer*, os professores buscam integrar, principalmente, teoria e prática e o conhecimento das áreas básicas e clínicas nas verificações em sala de aula, laboratórios e campos de prática e estágio. Instrumentos como *checklist* de desempenhos têm auxiliado na avaliação durante as atividades, evitando que as habilidades necessárias a um determinado desempenho sejam negligenciadas (GARANHANI et al., 2013).

Nas dimensões *aprender ser* e *aprender conviver*, a avaliação individual do estudante pelo professor, a autoavaliação e a avaliação interpares têm sido utilizadas para auxiliar no desenvolvimento de habilidades coerentes com o perfil profissional desejado (GARANHANI et al., 2013).

Apesar das dificuldades diárias, os professores creem estar em direção a uma avaliação integrada, contínua, processual, valorizando o relacionamento professor-estudante, para ocupar as lacunas ainda existentes entre as intenções manifestas no PPC e a realidade determinada pelo contexto em que a prática educativa está inserida e por nossas ações individualmente (KIKUCHI et al., 2014).

Toda a organização e gestão do CI só foi e é possível por existir um trabalho coletivo que integra o colegiado de curso, as chefias de departamento, a direção do CCS e de outros centros envolvidos com o curso, a direção e toda a

equipe do HUL, bem como vários órgãos de apoio, como a biblioteca setorial, os laboratórios, entre outros. A administração da UEL, por meio da Pró-Reitoria de Graduação e de todos os outros órgãos da instituição, sempre apoiou e auxiliou no gerenciamento acadêmico e administrativo do curso (GUARIENTE et al., 2014).

O curso conta atualmente com 49 docentes do Departamento de Enfermagem, 21 do Departamento de Saúde Coletiva (DESC) e 18 dos diferentes departamentos que compõem o chamado ciclo básico (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2016a).

Aos professores recém-admitidos, o colegiado tem ofertado capacitação pedagógica a respeito da proposta do CI e oficina com coordenadores e professores dos módulos sobre técnicas e instrumentos pedagógicos em execução no curso. Além disso, a capacitação pedagógica a professores de outras instituições de ensino de saúde tem sido realizada em muitas oficinas solicitadas por escolas de Enfermagem de diferentes estados brasileiros, ao longo dos anos de implantação e desenvolvimento do CI (GUARIENTE et al., 2014).

Existe ainda a preocupação em avaliar todo o processo de implementação; por isso, desde 2001 realizam-se os Fóruns de Avaliação do CI, inicialmente com periodicidade anual e, a partir de 2008, a cada dois anos. Contam com a participação de professores, estudantes e enfermeiros dos serviços provenientes dos campos de práticas e estágio do curso e representantes da sociedade civil organizada (GARANHANI et al., 2013).

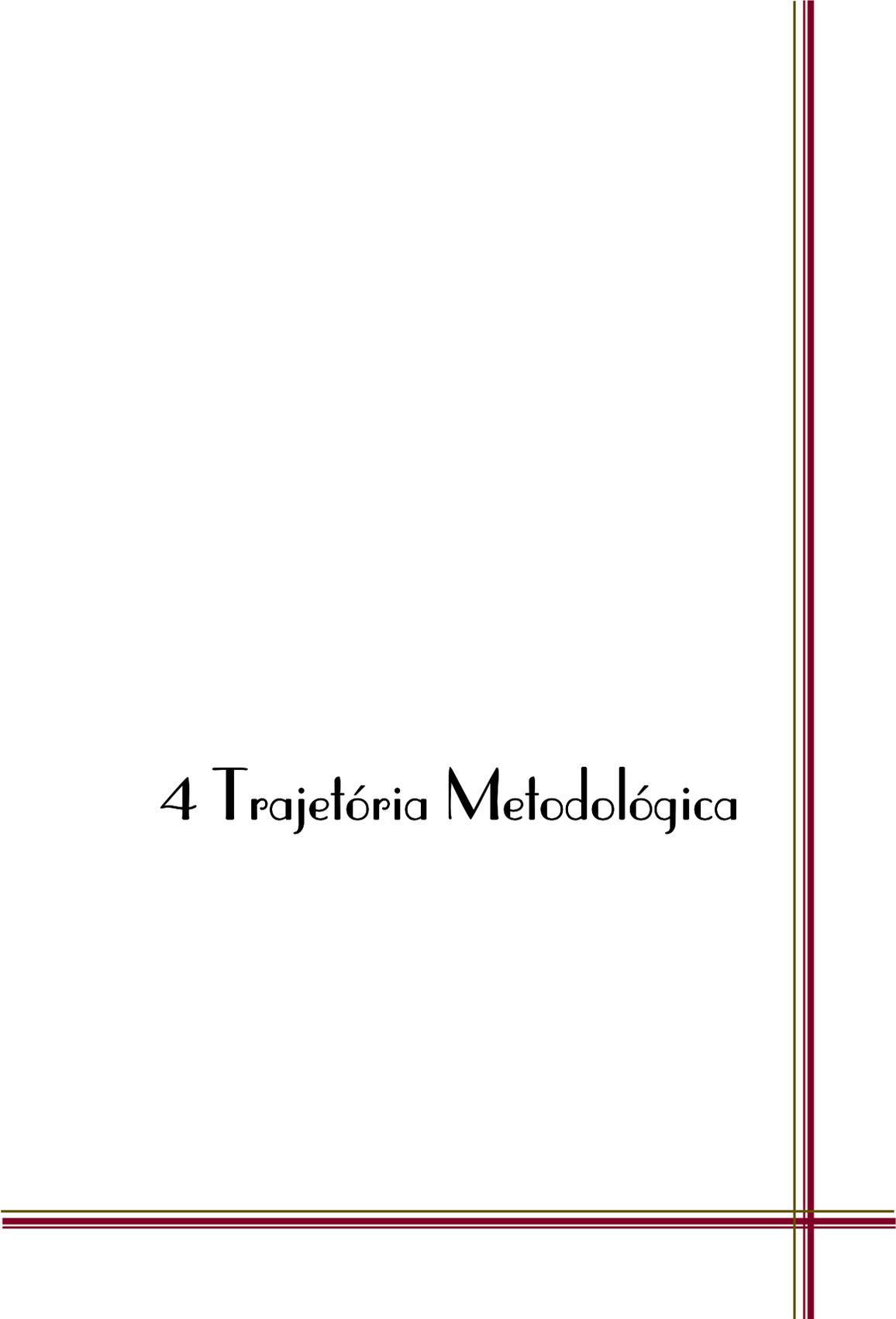
A fim de promover conhecimento, apoio e encaminhamentos, os resultados do fórum são enviados às chefias dos departamentos envolvidos no curso, à direção do CCS, à Pró-Reitoria de Planejamento e à Pró-Reitoria de Graduação. O relato sobre eles, bem como a descrição dos processos que geraram os dados, tem contribuído com elementos significativos para a avaliação institucional da universidade e de outros cenários que primam pela educação com qualidade na área da saúde (GUARIENTE et al., 2014).

Além dos fóruns de avaliação, muito se tem produzido a respeito da vivência do CI, como produções de Trabalho de Conclusão de Curso,

dissertações de mestrado, teses de doutorado, divulgações em eventos nacionais e internacionais, publicação de artigos, capítulos de livros, enfim, são muitos os registros que documentam a prática educativa desenvolvida na instituição (GARANHANI et al., 2013).

Essas experiências têm permitido aos envolvidos aprender continuamente sobre a formação em saúde, de maneira inovadora, participativa e compartilhada. O caminho está aberto e não se esgota, não obstante as investigações e as conquistas, porque este é um tempo de mudanças, de transformações, e a espiral do conhecimento, tocada pela compreensão a respeito da realidade e do ser humano, prossegue seu movimento. Entretanto, muito ainda há a se investigar e muito a se avançar e este estudo se constitui em uma das buscas nesse sentido.

4 Trajetória Metodológica



4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O desenho metodológico da pesquisa é o estudo de caso, de caráter compreensivo e abordagem crítico-hermenêutica, com base no referencial teórico de Edgar Morin e na triangulação de dados objetivando a compreensão do fenômeno estudado.

Para Minayo (2014), estudos compreensivos buscam desvelar a complexidade dos contextos, segundo o ponto de vista dos diferentes atores e grupos estudados. Seu foco é a experiência vivenciada pelo ser humano, que possui uma realidade complexa. A relação entre o investigador e os sujeitos acontece por meio do encontro e da empatia entre ambos, no contexto social do entrevistado. Os resultados apresentam o ponto de vista dos atores sobre sua realidade, sem generalizações sociais, mas com a possibilidade de fazer inferências mais abrangentes que outras análises.

O estudo de caso “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes” (YIN, 2015, p. 39). A opção por este método de pesquisa justifica-se quando as questões de investigação são do tipo “como”, “por que” e, ainda, quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre o contexto.

À hermenêutica cabe a “tarefa de buscar a totalidade significativa que dá sentido aos discursos e ‘escapa’ aos limitados e estáticos sistemas de signos que os constituem”, uma vez que genericamente é designada como a “arte e a ciência da interpretação” (AYRES, 2008, p. 36). A análise crítico-hermenêutica propiciou neste estudo a compreensão de como o tema educação em saúde é desenvolvido na formação do enfermeiro em um curso de graduação com um CI.

A triangulação refere-se à convergência ou corroboração dos dados coletados e interpretados a respeito do mesmo fenômeno. Significa olhar para o mesmo fenômeno, ou questão de pesquisa, a partir de mais de uma fonte de dados (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007). Ao restringir tendências

pessoais e metodológicas, amplia a generalização do estudo. Informações advindas de diferentes ângulos podem ser usadas para corroborar, elaborar ou iluminar o problema de pesquisa. (DECROP, 2004).

A utilização de mais de um método de pesquisa favoreceu a compreensão do fenômeno em estudo, possibilitando olhar sob diferentes perspectivas, buscando maior profundidade e coerência na análise dos resultados.

4.2 LOCAL DA INVESTIGAÇÃO

O local selecionado foi o Curso de Enfermagem da UEL, instituição de ensino superior situada no norte do Paraná. O contexto do caso já foi explicitado no Capítulo 3.

4.3 FONTE DE DADOS

Diferentes fontes forneceram os dados empíricos para esta pesquisa: análise documental dos cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares, grupos focais realizados com estudantes das quatro séries do curso, questionários aplicados aos estudantes da quarta série, entrevistas semiestruturadas com docentes do curso, observação não participante de atividades do curso sobre o tema em estudo.

Os critérios de inclusão para esta pesquisa foram:

- ▶ Para os cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares: todos os cadernos, com exceção dos referentes aos módulos Trabalho de Conclusão de Curso 1 e 2 (TCC 1 e 2). O curso de Enfermagem tem estrutura curricular de 18 módulos, desenvolvidos no decorrer das quatro séries de curso, incluindo os módulos TCC 1 e 2. Neste estudo, optou-se por não incluir estes dois últimos, por conta da diversidade de estudos que proporcionam, já que cada estudante desenvolve seu trabalho, e isso poderia direcionar a pesquisa para outro universo de análise.

- ▶ Para os estudantes: ser estudante do curso.
- ▶ Para os professores: buscou-se uma amostra intencional com a representatividade de docentes enfermeiros dos dois principais departamentos que envolvem o curso (Enfermagem e DESC), por série, por área, que tivessem implicação com o tema em estudo já identificados na análise documental dos cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares e grupos focais realizados com os estudantes. Além disso, deveriam ser professores do quadro permanente da instituição, atuar há mais de dois anos no CI e estar em atividades acadêmicas no momento da coleta.
- ▶ Para a observação: foram selecionadas duas atividades pedagógicas que incluíam / abordavam o tema educação em saúde. A primeira, uma atividade teórico-prática, citada pelos estudantes nos grupos focais, como uma experiência significativa de aprendizagem: a “Oficina de Sexualidade com Adolescentes”, do módulo Práticas do Cuidar da segunda série. A segunda, a atividade teórica do internato de saúde coletiva, na quarta série, descrita no documento e pelos professores como o momento de teorização dos conceitos de Educação em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.4.1 PRIMEIRA ETAPA: PESQUISA DOCUMENTAL

A análise documental deu-se no período de novembro de 2013 a maio de 2014, nos 17 cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares do CI do curso de Enfermagem da UEL, em vigor no ano de 2013, após autorização da coordenadora do colegiado do curso e assinatura do termo de confiabilidade e confidencialidade (Apêndice A).

Os referidos cadernos foram disponibilizados pelo colegiado do curso de Enfermagem, pelos professores dos módulos e pelos próprios estudantes do CI. De posse do material, procedeu-se à leitura em quatro fases, conforme sugerido por Gil (2010): leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa.

Na primeira etapa, foram lidos na íntegra, em busca de uma relação entre o seu conteúdo e o tema da pesquisa, pois, de acordo com Gil (2010), é na leitura exploratória que deve ser analisado o material e identificados os dados que interessam e respondam a questão de pesquisa.

Somente na etapa da leitura seletiva é que se buscou o material que de fato interessava à pesquisa, por atender seus objetivos, destacando, nos cadernos, com a cor de realce de texto amarela, trechos onde o tema da pesquisa aparecia de forma explícita; com verde, trechos onde era apenas sugerido, aparecia de forma implícita, ou seja, na percepção da pesquisadora, o assunto destacado no caderno remetia, de alguma forma, ao tema em estudo.

O próximo momento compreendeu a leitura analítica do material. Nessa etapa, foram elaborados vários quadros que visavam à ordenação dos dados. Nos primeiros quadros construídos, as colunas apontavam o local de onde haviam sido retiradas as questões acerca do tema educação em saúde no módulo, e as linhas, as questões propriamente ditas. Isso foi feito em cada um dos 17 módulos analisados, conforme exemplo a seguir:

Quadro 3 – Quadro demonstrativo das menções explícitas e implícitas do tema Educação em Saúde no Módulo I do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da UEL. Londrina-PR, 2017.

| MÓDULO I – 6MOD084 A UNIVERSIDADE E O CURSO DE ENFERMAGEM – 1º ANO | | | | | | |
|---|--|--|---|---|------------------|--|
| | APRESENTAÇÃO/ EMENTA/ PROPÓSITOS | COMPETÊNCIAS/ DESEMPENHOS | CONTEÚDOS / HABILIDADES | ATIVIDADES DESENVOLVIDAS | AValiação | REFERÊNCIAS |
| EXPLÍCITO | Introdução aos conteúdos transversais (seivas) | | | | | LEONELLO VM, OLIVEIRA MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem, 2010; 63(3): 366-70. |
| IMPLÍCITO | Campos de atuação do enfermeiro Comunicação | <p>Conhece as diversas áreas de atuação do enfermeiro no contexto histórico, social e econômico;</p> <p>Conhece os princípios orientadores do projeto pedagógico do curso;</p> <p>Identifica os campos de atuação da enfermagem;</p> <p>Desenvolve habilidades de comunicação e relações interpessoais;</p> <p>Analisa o Projeto Pedagógico do curso de Enfermagem da UEL (currículo integrado);</p> | <p>Busca informações sobre a Enfermagem nos diversos campos de atuação;</p> <p>Elabora o conceito sobre Enfermagem;</p> <p>Discute o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da UEL</p> | <p>Discutir o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da UEL</p> <p>Quais são os campos de atuação e as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro nesses campos?</p> | | <p>PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UEL.</p> <p>Síntese do projeto pedagógico do currículo integrado do curso de Enfermagem da UEL.</p> <p>Apostila, 2005.</p> |

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao final, foi elaborado um quadro com um resumo por módulo e um por série do curso, demonstrando, de maneira progressiva e transversal, a forma como o tema educação em saúde estava sendo desenvolvido ao longo das quatro séries do curso. Seguem os exemplos dos quadros construídos nessa fase da pesquisa:

QUADRO 4 – Quadro demonstrativo da síntese do tema transversal Educação em Saúde por módulo do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da UEL. Londrina-PR, 2017.

| RESUMO DO MÓDULO | |
|---|--|
| Módulo I – A Universidade e o Curso de Enfermagem | Observamos que, neste módulo, o tema educação em saúde é citado explicitamente por meio da atividade de leitura que o estudante faz de todos os temas transversais. Destacamos ainda que dois desses temas são desenvolvidos de forma mais detalhada: a comunicação e o trabalho em equipe. Consideramos que ambos constituem habilidades inerentes a ser desenvolvidas pelo enfermeiro que contribuem para a prática da educação em saúde. Assim a proposta do módulo se configura em uma introdução ao tema, considerando também outras oportunidades para haver discussão sobre o tema, como se dá com os temas transversais no PPC e nos campos de atuação do enfermeiro. A intencionalidade do professor na condução da atividade ou mesmo a proposta de uma sequência de atividades específicas sobre os temas transversais poderia assegurar uma introdução mais efetiva ao tema. Além disso, os temas transversais também poderiam ser incluídos na árvore temática do módulo, como garantia da sua inserção como conceito a ser abordado. |

Fonte: Elaborado pela autora.

QUADRO 5 – Quadro demonstrativo da síntese do tema Educação em Saúde por série do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da UEL. Londrina-PR, 2017.

| RESUMO DAS SÉRIES | |
|-------------------|---|
| Primeira Série | Ao ser inserido no Currículo Integrado, o estudante é apresentado formalmente aos temas transversais e desenvolve algumas atividades específicas de educação em saúde no módulo PIN I, além de outras gerais, como leitura de textos, dinâmicas de grupo, sessões tutoriais, apresentações de seminários e de peças teatrais, em que são desenvolvidas habilidades de comunicação, de relações interpessoais, de trabalho em equipe, entre tantas outras necessárias para o desenvolvimento e aplicação da educação em saúde. |

Fonte: Elaborado pela autora.

Cada módulo foi identificado pela letra D (relacionada a documento) seguida de um número arábico, de 1 a 17, atribuído conforme os módulos se sucedem na matriz curricular. O Internato de Enfermagem foi dividido

em dois documentos, pois, apesar de se constituir em um único módulo, possui dois cadernos de planejamento e desenvolvimento: um da área hospitalar e outro da área de saúde coletiva, justificando o total de 17 cadernos.

4.4.2 SEGUNDA ETAPA: PESQUISA DE CAMPO

Na segunda etapa, fez-se coleta de dados em campo, com técnicas variadas e com diferentes sujeitos. A opção pela abordagem qualitativa e pelo método do estudo de caso possibilitou um olhar para o fenômeno de diferentes ângulos, descritos aqui nesta sequência:

4.4.2.1 GRUPO FOCAL

Para a abordagem com os estudantes, a opção foi pela técnica do grupo focal (GF). Tal estratégia se constitui em técnica valiosa de pesquisa, seja pelo baixo custo, ou pela rapidez com que fornece dados válidos e confiáveis, consolidando-se como estratégia metodológica qualitativa, uma vez que essa modalidade de pesquisa caracteriza-se por buscar respostas acerca do que as pessoas pensam e de quais são os seus sentimentos (DEBUS, 1997; IERVOLINO; PELICIONI, 2001; MINAYO, 2014).

Do ponto de vista operacional, a discussão em grupo se faz em reuniões com os participantes escolhidos, partindo de uma determinada população, cujas ideias e opiniões são de interesse da pesquisa. Isso harmoniza com o que a literatura especializada traz a respeito da intencionalidade na seleção da amostra. O tempo de duração de uma reunião deve se situar entre 60 e 90 minutos (MINAYO, 2014).

Além de possibilitar diferentes análises das falas dos participantes da pesquisa em relação a um tema, o GF permite ao pesquisador explorar como os fatos são articulados e confrontados por meio da interação grupal (RESSEL et al., 2008).

De acordo com Iervolino e Pelicioni (2001) e Gatti (2005), a composição do grupo deve se basear em alguma característica homogênea dos participantes, mas deve haver suficiente variação entre eles para que apareçam opiniões divergentes. Gatti (2005) aponta a importância da homogeneidade, que deve ser entendida como alguma característica comum aos participantes que interessa ao estudo do problema.

O moderador do grupo tem papel decisivo para o sucesso da coleta de dados. Cabe a ele oferecer informações que deixem os participantes à vontade, tais como o que deles se espera, qual será a rotina da reunião e a duração do encontro. Além disso, devem ser explicados os objetivos do encontro, a forma de registro, a anuência dos participantes e a garantia de sigilo dos registros e dos nomes. É imprescindível deixar claro que todas as informações interessam, e que não há certo ou errado nas opiniões emitidas, pois a discussão é totalmente aberta, em torno do tema proposto, e qualquer tipo de reflexão e contribuição é importante para a pesquisa (GATTI, 2005).

Kind (2004) pondera sobre o papel do observador, fundamental para validar a investigação quando se utiliza a técnica do GF, cabendo a ele analisar a rede de interações entre os participantes, além de apontar as reações do moderador com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações. Apesar de ter posição menos ativa, restringindo-se ao registro de comunicações não verbais, linguagem, atitudes, ordem de respostas que sejam consideradas importantes, seu papel principal é viabilizar a discussão com o moderador, após o término do grupo.

Os estudantes foram convidados pessoalmente, nas salas de aula, onde lhes foram apresentados os objetivos da pesquisa e a proposta da técnica do GF, novidade para alguns.

Foram realizados quatro GF, um por série do curso. Participaram 23 estudantes, sendo cinco da primeira série, seis da segunda, cinco da terceira e sete da quarta. A coleta de dados se deu no período de novembro de 2013 a março de 2014. Os estudantes manifestaram seu aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), que se deu no início de cada GF.

Ressel et al. (2008) definem a estratégia do GF como grupos de discussão que dialogam sobre um tema ao receberem estímulos apropriados para o debate. O estímulo ativo à interação do grupo está relacionado à condução da discussão do GF, de modo a garantir que os participantes conversem entre si, em vez de somente interagirem com o pesquisador. Para o estímulo da discussão, algumas questões norteadoras foram utilizadas: *O que é educação em saúde para você? Nos módulos que você já estudou foi feita alguma abordagem formal ou informal sobre educação em saúde? Descreva alguma atividade que foi significativa para você sobre educação em saúde.*

Os encontros foram realizados pela pesquisadora, que teve o papel de moderadora, por meio de intervenções que buscaram focalizar e aprofundar a discussão (MINAYO, 2014), e mais dois observadores colaboradores também estudiosos do CI. Ao final das reuniões, foram oferecidos lanches.

Os GF foram gravados e filmados, e os dizeres transcritos na íntegra. Cada um deles teve duração média de 60 minutos. O total da gravação foi de 4 horas e 48 minutos. As falas dos estudantes foram codificadas atribuindo-se uma letra e um número para cada GF seguido de uma letra e um número para cada estudante (por exemplo, G1E1).

4.4.2.2 QUESTIONÁRIOS

Embora o questionário seja uma técnica pouco utilizada em pesquisa qualitativa, o presente estudo, por constituir um estudo de caso e buscar a compreensão do fenômeno ora apresentado, utilizou-a em uma de suas etapas de campo, com o objetivo de complementar as informações coletadas nos GF.

Conforme Minayo (2014), no caso da pesquisa qualitativa, os questionários têm um lugar de complementaridade em relação às técnicas de aprofundamento qualitativo, visto que nessas abordagens o foco é a compreensão da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas, ao passo que os estudos quantitativos se dedicam a conhecer e a explicar a magnitude dos fenômenos.

Assim, no final de 2014, investigou-se com os estudantes da quarta série como eles estavam apreendendo o conceito de educação em saúde ao final do curso. Para tanto, elaborou-se um questionário (Apêndice C) com as mesmas questões norteadoras do GF e aplicou-se a alguns alunos que se voluntariaram para participar da pesquisa, após a explanação dos objetivos e assinatura do TCLE (Apêndice D).

Os estudantes foram abordados ao término de uma aula do módulo do Internato, e todos os presentes naquele momento concordaram em participar, totalizando 22 estudantes. Alguns já haviam participado do GF, outros não. As respostas obtidas estão expressas no texto pela letra E (estudante) seguida de número arábico (por exemplo, E5).

4.4.2.3 OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

A própria pesquisadora realizou duas observações não participantes em atividades didáticas do CI.

A primeira ocorreu em outubro de 2014, em uma atividade teórica do módulo Internato de Saúde Coletiva, cujo tema de discussão eram os conceitos de Educação em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada. Estavam presentes 19 estudantes da quarta série que cursavam o módulo naquele momento. A atividade teve duração de aproximadamente 3 horas e 30 minutos.

Solicitou-se aos estudantes que autorizassem a realização da observação; o consentimento deles manifestou-se pela assinatura do TCLE. O registro das observações foi feito em um diário de campo.

A segunda observação ocorreu em julho de 2015, em uma atividade teórico-prática do módulo Práticas do Cuidar, da segunda série, na unidade IV — Construindo Subsídios para a Atenção Integral à Saúde Sexual e Reprodutiva (oficina de sexualidade com adolescentes). O cenário foi a Escola

Social e Profissional do Menor em Londrina – EPESMEL, local escolhido para a realização da atividade de educação em saúde. Nessa escola há diversas salas de aula com turmas de estudantes com idades variadas (13 a 20 anos). Os alunos estavam divididos em duplas e trios, e a observação se deu em uma sala com adolescentes de 17 a 20 anos, onde três estudantes de Enfermagem desenvolveram as dinâmicas sobre sexualidade. A atividade teve duração de aproximadamente 4 horas.

Para essa observação, foi solicitada a autorização apenas dos três estudantes, que também manifestaram seu consentimento ao assinarem o TCLE.

Todas as observações foram registradas no diário de campo e, posteriormente, digitadas, incluindo as interpretações da pesquisadora. O registro das observações foi codificado pelas letras DC (Diário de Campo) seguidas da data da observação. Exemplo: DC20/07/15

Triviños (2007, p. 153) afirma que “observar naturalmente não é simplesmente olhar”. Significa, sim, procurar dentro de um determinado evento social, estudá-lo de forma a tomar além de seus aspectos de aparência, buscando compreendê-lo em suas contradições, dinamismos e relações.

Nesse sentido, a observação dessas atividades exibiu o esforço de extrapolar o fenômeno em si, buscando compreender suas relações com a construção do próprio conceito de educação em saúde e com o significado da sua prática.

4.4.2.4 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Para a coleta de dados com os professores, optou-se pela técnica da entrevista semiestruturada, uma vez que os critérios estabelecidos para a seleção da amostra inviabilizaria a constituição do GF.

No sentido amplo de comunicação verbal e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, a entrevista é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo (MINAYO, 2014).

A entrevista semiestruturada é aquela em que se utiliza um roteiro com poucas questões, destinado a orientar uma conversa com finalidade, cujo objetivo é apreender o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa. Parte de certos questionamentos básicos, apoiados no referencial teórico e também em toda a informação que o pesquisador já possui sobre o fenômeno em estudo (MINAYO, 2014; TRIVIÑOS, 2007).

Foram entrevistados 11 docentes do curso de Enfermagem, com a finalidade de compreender como eles percebem a formação do enfermeiro para a educação em saúde no CI da UEL e de que forma se dá a sua participação como docente nessa formação. Buscou-se também apreender o conceito de educação em saúde, as experiências de ensino e aprendizagem com educação em saúde nos módulos em que atuavam e como isso colabora com a formação do estudante, bem como os desafios, potencialidades e sugestões. A condução da entrevista foi norteadada por um roteiro semiestruturado (Apêndice E).

As entrevistas ocorreram no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, nas dependências do CCS, em dias e horários definidos pelos docentes. Todas foram gravadas em áudio, totalizando 5 horas e 49 minutos de gravação, com tempo médio de 30 minutos por entrevista, e tiveram início após a leitura e assinatura do TCLE pelos participantes (Apêndice F). As entrevistas foram transcritas na íntegra. As gravações, após a transcrição, foram inutilizadas. As falas foram editadas quanto a correções gramaticais e vícios de linguagem, para melhor compreensão do leitor. Para a manutenção do anonimato, cada docente recebeu a codificação P, seguida do número de sequência da entrevista (por exemplo, P1).

4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados empíricos, foram adotados os procedimentos de Carvalho (2012), que fez uso da triangulação de dados sob a perspectiva da hermenêutica crítica. Adotamos, então, os mesmos procedimentos sugeridos pela autora:

- a. Primeiramente, todo o material das transcrições dos GF e das entrevistas foi conferido quanto à sua fidelidade;
- b. Em seguida, fez-se uma leitura flutuante dos dados (análise documental, GF, entrevistas, questionários e observação), de forma a possibilitar a impregnação por seu conteúdo;
- c. O próximo passo consistiu da leitura vertical de cada um dos agrupamentos de dados, ou seja, uma leitura repetida e aprofundada de cada um dos documentos (módulos), GF, entrevistas, questionários e registro das observações, separadamente, a fim de se construir uma síntese de cada uma delas;
- d. Na sequência, houve a leitura horizontal das sínteses dos GF, entrevistas, questionários e registro das observações. Também se fez uma síntese por módulo na análise documental. Essas sínteses foram confrontadas com os objetivos definidos para o estudo.
- e. Seguiu-se uma análise transversal de cada uma das sínteses, configurando a triangulação dos dados, na procura de convergências e divergências, relações e contradições, sempre considerando o contexto da coleta da pesquisa de campo e os sujeitos da pesquisa, o que possibilitou uma análise ampla do objeto de estudo;
- f. A análise realizada (vertical de cada registro, horizontal e transversal/triangulação) direcionou a organização dos resultados da seguinte forma: trajetória do desenvolvimento do tema transversal na matriz curricular, concepções, potencialidades, desafios e sugestões sobre a transversalidade da educação em saúde.

A busca pela compreensão e interpretação do texto e contexto desta pesquisa se pautou na hermenêutica crítica, entendendo-a como base conceitual de um caminho possível para um exame fundamentado e para a apreciação intersubjetiva do fenômeno de estudo (AYRES, 2008).

Ricouer (1973) diz que a parte mais importante da hermenêutica crítica é a dialética da explicação e da compreensão e propõe que esta se dá por meio de um movimento em círculo, tendo em vista que todo fenômeno humano é, ao mesmo tempo, compreensão e explicação. Enfatiza que todo fenômeno sofre determinações que marcam a vida de uma pessoa, e esses fatores objetivos precisam ser explicados (contexto em que emergem os discursos — condições objetivas de produção desta fala), ou seja, existe uma dialética contínua entre aquilo que demanda ser explicado como causa e que precisa ser compreendido como sentido.

Ricouer (2008) ainda fala da fusão de horizontes, ou seja, um conceito que exclui a ideia de um saber total e único, do fechamento do saber em um ponto de vista. O autor menciona a dialética entre o próximo e o longínquo, entre a pertença e o distanciamento, entre o autor e o intérprete do texto, que pode ser descoberto, contextualizado e compreendido. Essa dialética nos permite, na busca da compreensão de um texto, reconhecer um horizonte de significado que nos foi transmitido e que pode ser fundido com o nosso. Desta forma, neste estudo, a busca da fusão de horizontes entre o pesquisador e os sujeitos ocorreu em diferentes momentos de encontros, nos GF, nas entrevistas, nas observações, quando, a partir do seu próprio horizonte, seu ponto de vista, o pesquisador pôde compreender outros pontos de vista, ampliando a compreensão de si mesmo e dos outros e, a partir dessa fusão, produzir conhecimento.

O texto, por si só, é produtor de distanciamento, mantendo-se, ao mesmo tempo, essencialmente vinculado à historicidade da experiência humana. Dessa forma, o distanciamento é possibilitado pela objetivação do texto escrito, que se autonomiza após ser produzido, ou seja, liberta-se em relação ao autor, condição essencial para a sua interpretação (RICOUER, 2008). Assim esta pesquisa produziu textos partindo da interação entre os sujeitos de pesquisa e o

pesquisador, pois todos os textos produzidos tiveram a participação do pesquisador, tanto na mediação dos GF quanto na condução das entrevistas e das observações. Os textos produzidos após as transcrições das gravações, ao se tornarem objeto de análise e de interpretação, autonomizaram-se em relação aos seus autores, entretanto mantiveram a sua historicidade.

Para Ricouer (2008), a tarefa fundamental da hermenêutica não se reduz a reconstruir a estrutura de um texto ou o sentido de sua obra, mas sim, e principalmente, a desvendar o “mundo do texto”, isto é, além da estrutura e do sentido, é preciso interpretar o mundo. Desse modo, interpretar um texto é descortinar o mundo a que ele se refere, que se abre por meio da linguagem para os mecanismos que regem a existência humana. Tais mecanismos possibilitam a circulação da vida cultural e histórica — circulação de mundo projetado na obra, com o qual o leitor interage, posto que o texto só se transforma em obra no intercâmbio com o leitor.

Essa dialética se manifesta, portanto, na efetuação da linguagem como discurso. O evento é realizado temporalmente (no presente), sempre remete a um locutor (vincula-se à pessoa daquele que fala) e refere-se a um mundo que pretende descrever, exprimir ou representar. A significação representa aquilo que é compreendido do discurso e se extrapola como evento no que produz de sentido para aquele que o interpreta, e sua compreensão é diferente, pois o autor perde o controle, e é o leitor que determina o significado do texto (RICOUER, 1973, 2008).

É importante ressaltar que todo o processo de análise foi guiado pela questão norteadora desta pesquisa e pelo referencial teórico adotado, que permeou todas as leituras. Assim também o contexto da pesquisa (cenário do estudo), os sujeitos envolvidos e o próprio pesquisador e seus mundos tornaram-se parâmetros de análise.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo esteve em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Vincula-se a um projeto de pesquisa mais amplo, sob o título: *Currículo Integrado de um Curso de Enfermagem: Temas Transversais e Formação Profissional*, aprovado em 15/11/2013 pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da UEL, conforme CAAE 18931613.5.000.5231 (Anexo A).

A pesquisa foi autorizada pelo colegiado do Curso de Enfermagem e por todos aqueles que dela participaram diretamente, sendo garantido que todos os sujeitos envolvidos fossem consultados sobre sua concordância em participar, por meio do (TCLE), sigilo das informações obtidas e anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa.

A pesquisadora não efetuou pagamento de nenhuma espécie à instituição.

5 Transversalidade do Tema
Educação em Saúde na
Formação do Enfermeiro:
O Estudo de Caso

Depois de mais de três anos de ampla e aprofundada investigação sobre o objeto de estudo, a produção de dados por meio de diferentes técnicas de coleta resultou em vasto material a ser explorado, decodificado e analisado. Diante das muitas opções de organização dos dados, a escolha do caminho aqui apresentado não significa a certeza da melhor forma de apreender o fenômeno estudado, mas expressa uma escolha que fez sentido para a autora e permitiu uma possibilidade de análise. Dessa forma, a organização e apresentação dos resultados procurou respeitar, primeiramente, o princípio da coerência didática, em que ficasse claro para o leitor o universo da realidade em estudo, uma vez que se trata de um estudo de caso, e também contemplasse o fio condutor do referencial teórico proposto.

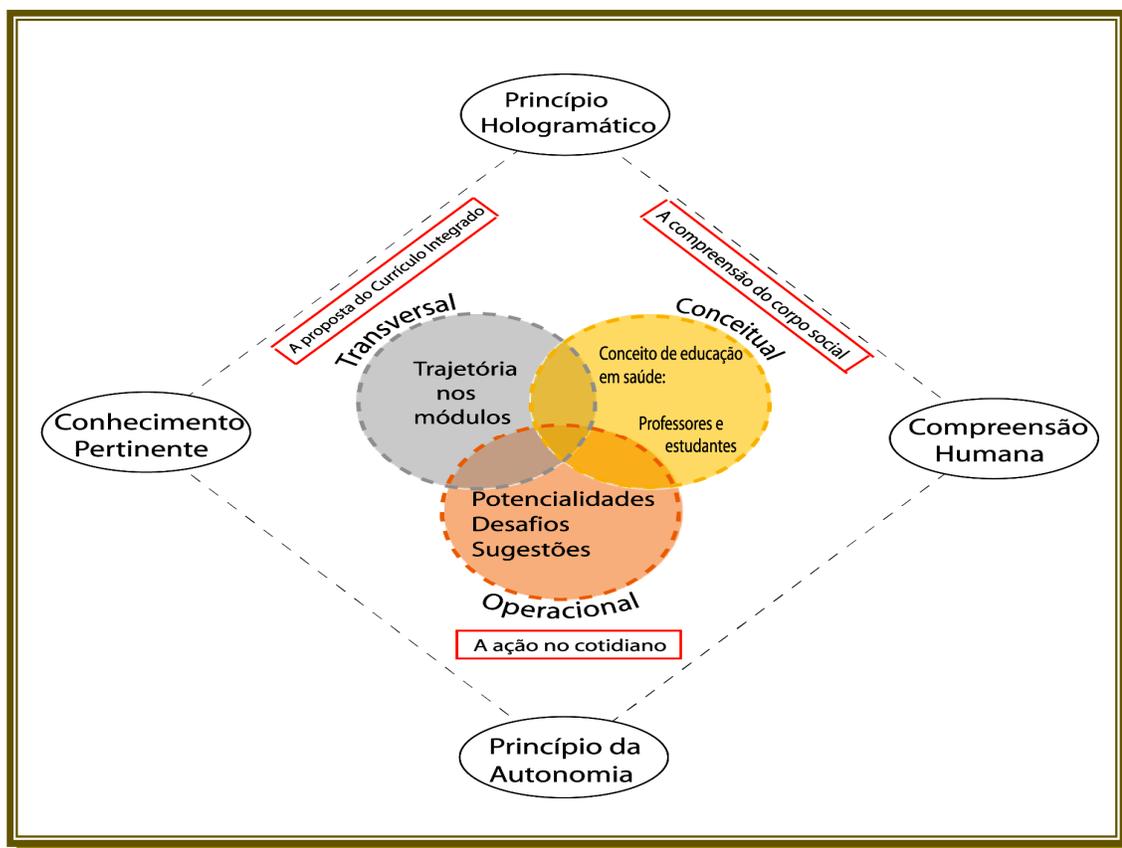
Este capítulo foi, portanto, organizado em três tópicos. O primeiro abrange a apresentação da trajetória pela qual o estudante do CI é conduzido para a formação em educação em saúde, evidenciando a proposta do CI. O segundo versa sobre as concepções dos professores e estudantes acerca da educação em saúde e demonstra a compreensão do corpo social que compõe/vivencia o currículo em estudo; o último, a ação no cotidiano desse corpo social do qual emergem as potencialidades, desafios e sugestões para o desenvolvimento da educação em saúde como tema transversal.

Os resultados foram discutidos sob a perspectiva de alguns dos princípios do pensamento complexo que deram sustentação teórica a discussão, como o conhecimento pertinente, o princípio hologramático, a compreensão humana, o princípio recursivo e o princípio da autonomia e, com o apoio da literatura específica, buscou-se alcançar a fusão de horizontes que possibilita a contextualização e compreensão do objeto de estudo, de forma a ampliar e produzir conhecimento. A Figura 2 demonstra a articulação dos resultados, em que cada parte expressa aquilo que é a sua unidade e a sua relação com o todo, evidenciando o quanto cada resultado interfere e inter-retroage no outro.

A trajetória dos estudantes nos módulos constitui um movimento circular que o tempo todo inter-retroage com as concepções de educação em saúde de professores e estudantes do corpo social que vivenciam a proposta do

CI. Esses dois movimentos, por sua vez, ao constituírem a ação no cotidiano do currículo enfrentam desafios e consolidam potencialidades, contribuindo com sugestões que só são possíveis a partir das suas concepções e vivências nesse mesmo currículo.

FIGURA 2 – Diagrama demonstrativo da inter-relação entre os resultados da prática educativa da Educação em Saúde na perspectiva transversal, conceitual e operacional sob o olhar dos princípios do Pensamento Complexo.



5.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM CURRÍCULO INTEGRADO: PERSPECTIVA TRANSVERSAL

Este tópico articula a descrição dos documentos analisados, as falas dos professores e dos estudantes e as observações realizadas das atividades didáticas. Essa opção procurou respeitar a transversalidade do tema educação em saúde — que deve perpassar as quatro séries do curso —, além de permitir a análise a partir também do princípio hologramático do pensamento complexo, que considera que “o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo, como o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes” (MORIN, 2014, p. 94).

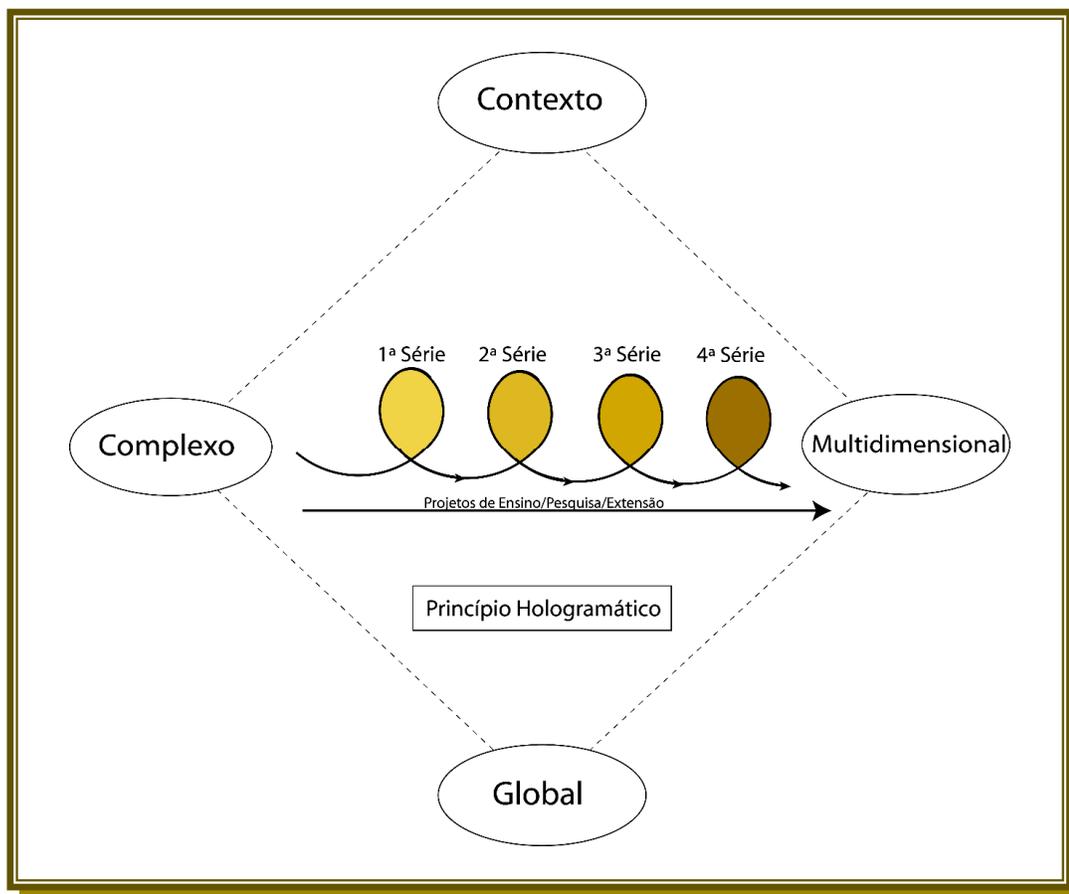
Embora essa forma de organização favoreça o olhar sobre o objeto de estudo, alguns limites e obstáculos precisam ser considerados para melhor compreensão e apreensão do fenômeno a ser analisado nessa narrativa. Conforme já descrito no capítulo da trajetória metodológica, a análise do documento se fez sobre os cadernos de planejamento dos módulos referentes ao ano de 2013, enquanto os GF com os estudantes aconteceram em 2014, e as entrevistas com os professores, em 2016. Em razão disso, em muitas situações, as falas dos professores e estudantes não “conversavam” com o documento, evidenciando um intenso movimento de reconstrução curricular em andamento. Esse processo dinâmico é intrínseco do currículo, que a todo tempo se recontextualiza, pois influencia e é influenciado por seus atores principais. Não se pode deixar de mencionar que a própria pesquisa dos temas transversais provocou tal movimento de reconstrução, quando, possivelmente, professores revisitaram não só o documento, mas também as suas práticas pedagógicas, constituindo a própria tessitura da rede, que é o currículo. Essa realidade fez com que, em 2016, retomássemos a avaliação de alguns documentos, em especial os cadernos de módulos que apresentavam mudanças relacionadas ao tema em estudo. No decorrer do texto, destacam-se os cadernos que foram avaliados pela segunda vez.

Dessa forma, os resultados apresentam a trajetória dos estudantes de Enfermagem no CI, conduzindo o leitor por uma viagem através dos 17 módulos

analisados, descrevendo as abordagens que constituem o processo de formação para a educação em saúde.

A Figura 3 demonstra a proposta do CI para a formação do enfermeiro para educação em saúde, sob o olhar do conhecimento pertinente e do princípio hologramático. As diferentes experiências de aprendizagem vivenciadas em cada série constituem as partes que compõem o todo, ou se poderia dizer que a cada série o estudante vai constituindo a “trama do tecido” da aprendizagem da educação em saúde que ilustra a ideia da hologramaticidade proposta por Morin. Cada experiência foi analisada na perspectiva do contexto, do multidimensional, do global e do complexo para que esse conhecimento se torne pertinente ao final da quarta série.

FIGURA 3 – Diagrama demonstrativo da Educação em Saúde em um Currículo Integrado: perspectiva transversal sob o olhar dos princípios do Pensamento Complexo.



▣ PRIMEIRA SÉRIE

Quatro módulos compõem a primeira série do curso de Enfermagem da UEL: A Universidade e o Curso de Enfermagem; Processo Saúde e Doença; Aspectos Morfofisiológicos e Psíquicos do Ser Humano e Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino-Serviço I.

O primeiro módulo do curso, A Universidade e o Curso de Enfermagem – 6 MOD 084 (D1), é dividido em duas unidades complementares: O que é Enfermagem e Conhecendo o Curso de Enfermagem da UEL.

É na Unidade II deste módulo que o estudante se depara, pela primeira vez, com o tema transversal educação em saúde. No movimento de inseri-lo no meio acadêmico, notadamente nas questões referentes à universidade e ao PPC, incluindo o CI e suas especificidades, ele é apresentado às metodologias ativas e aos temas transversais, aqui denominados seivas. A própria ementa do módulo destaca como conteúdo os temas transversais, para cuja importância reserva um espaço de discussão.

As atividades desenvolvidas no módulo são sempre na forma de metodologias ativas, com leituras de textos, sínteses, discussões em médios grupos e fechamentos em plenárias. Importante ressaltar que, para o estudante oriundo do ensino médio, de um currículo tradicional, essa transição nem sempre é fácil nem bem acolhida, podendo gerar sensações de “poucas aulas”, “nada para fazer”, o que só posteriormente será percebido e apreendido como a essência do CI. Vale destacar que essas estratégias continuam sendo desenvolvidas ao longo das séries no currículo.

Neste módulo, o estudante é apresentado ao sistema de avaliação de aprendizagem bidimensional apto e não apto, que inclui características não só formativas, mas também atitudinais, tais como: desenvolvimento de habilidades de comunicação e relações interpessoais, respeito a opiniões de colegas e professores, socialização de informações e comportamento ético (D1).

Podemos observar, assim, que o tema educação em saúde é citado explicitamente em uma atividade de leitura que o estudante faz de todos os temas transversais. Destacamos ainda que dois desses temas são desenvolvidos de forma mais detalhada: a comunicação e o trabalho em equipe. Consideramos que ambos constituem habilidades inerentes que o enfermeiro deve desenvolver e que contribuem para a prática da educação em saúde. Dessa forma, a proposta do módulo se configura em uma introdução ao tema, que pode ainda ser analisado na própria discussão dos temas transversais no PPC e mesmo nos campos de atuação do enfermeiro.

A intencionalidade do professor na condução da atividade ou até mesmo a proposta de uma sequência de atividades específicas sobre os temas transversais poderia ser garantia de uma introdução mais efetiva ao tema. Além disso, os temas transversais também poderiam ser incluídos na árvore temática do módulo. Isso é corroborado pela fala do professor do módulo, que justifica a não abordagem mais efetiva, cabendo a discussão do tema à sua própria intencionalidade:

Esse módulo, ele é mais introdutório, a gente apresenta o que é o curso de enfermagem, o que é a universidade, mas mesmo assim os alunos já têm algumas aproximações com clientes, fazem algumas entrevistas, conhecem um pouco, então a gente tenta já trazer um pouquinho essas questões. Eu sou muito fã da educação, da educação em saúde, da educação permanente, então eu tento puxar, quando eu consigo, isso nos alunos. Está certo que esse primeiro módulo não dá para gente puxar muita coisa em relação à educação, mas eu já tento mostrar para eles qual é o papel do enfermeiro. Então a gente mostra diferentes tipos de profissões, diferentes ramos que a enfermagem segue e aí eu vou explicando nesses diversos campos da enfermagem o que o enfermeiro faz em cada uma delas, qual é o papel dele, e aí dentro delas tem o docente, tem o enfermeiro pesquisador, tem o enfermeiro auditor e eu tento trazer a educação também. (P3)

Para os estudantes, o módulo não traz à memória experiências significativas de aprendizagem tampouco introduz o conceito de educação em saúde, o qual, em nenhum momento, é citado pelos alunos em suas falas nos GF. Não podemos deixar de citar que a primeira série se constitui de muitas experiências novas. A vida universitária, os primeiros contatos com o curso, que,

por si só, já trazem muitas novidades, podem levar o estudante a priorizar outras memórias de aprendizagem.

No segundo módulo do CI, Processo Saúde-Doença – 6MOD085 (D2), o estudante passará a refletir sobre o ser humano como um ser histórico e socialmente determinado, nos diferentes contextos, inclusive no processo saúde-doença. O estudante será levado a discutir os diferentes modos de produção e organização social, as relações de trabalho e as formas de organização das diferentes sociedades. Além disso, conforme consta no documento, é também propósito deste módulo:

[...] que o estudante conheça as diferenças entre a saúde do indivíduo e saúde de uma coletividade a partir da análise de informações em saúde; conheça os princípios e diretrizes do SUS e os modelos de atenção à saúde; analise o estado de saúde de uma população a partir de indicadores epidemiológicos, sociais e econômicos, relacionando-os com os determinantes do processo saúde-doença; relacione os componentes da cadeia de transmissão das doenças e os mecanismos de defesa do corpo humano com as medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, com base na relação entre seres vivos e meio ambiente; conheça o atendimento básico ao adulto e à criança em situações de urgência / emergência; discuta a atuação do enfermeiro como membro da equipe multiprofissional e interdisciplinar no cuidado à saúde do indivíduo e da família no seu contexto sociocultural (D2).

O módulo é dividido em três unidades. A primeira é denominada “Ser Humano, Família, Sociedade e Modo de Produção”, em que se discutem: Avaliação do estado de saúde de coletividades, Processo Saúde-Doença, Sistema de Saúde e Modelos de Atenção à Saúde. Os estudantes participam de sessões tutoriais³, leituras, seminários e visitas a serviços de saúde e comunidade, sempre com o alvo de construir o debate a respeito das diferentes realidades em que o ser

³ O tutorial tem como base a Metodologia da Problematização, adaptada do *Problem Based Learning* (PBL). As atividades são realizadas em pequenos grupos e coordenadas pelo professor. No encontro, os estudantes recebem um caso clínico pré-elaborado pelo Grupo de Planejamento do módulo, que deverá atender aos objetivos de aprendizagem do módulo. O caso é lido e discutido, e os estudantes definem os objetivos de estudo individual, realizado fora do grupo. Num próximo encontro, os estudantes rediscutem o caso à luz dos novos conhecimentos adquiridos. Para cada caso clínico, os estudantes deverão eleger um secretário e um coordenador, e o professor exerce o papel de tutor (TACLA et al., 2014).

humano vive, adocece e morre. É neste módulo também que o estudante vivencia, pela primeira vez no curso, o portfólio⁴.

A segunda unidade, “Cadeia de transmissão das doenças e mecanismos de defesa do corpo humano”, põe em foco predominantemente conteúdos relacionados aos fundamentos das ciências básicas, como microbiologia, imunologia, histologia, biologia celular, entre outras.

Já a terceira unidade do módulo objetiva que o estudante compreenda as ações de suporte básico de vida desenvolvidas na família e na comunidade, e para isso desenvolve, além das atividades teóricas, atividades práticas nos serviços de saúde e em outros locais que dão suporte à saúde da população como Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Os estudantes realizam visitas a esses serviços e entrevistam os profissionais envolvidos na assistência pré-hospitalar. As estratégias de ensino-aprendizagem desta unidade incluem, além das visitas e entrevistas já mencionadas, aulas expositivas dialogadas, aulas práticas com simulação em laboratório de ensino e apresentação de seminários. Destacamos que essa diversidade de estratégias de ensino e aprendizagem é uma característica do currículo em estudo e acontece ao longo de todas as séries.

Podemos observar que, neste módulo, a educação em saúde como tema transversal, mesmo que não abordada de forma explícita, tem vários de seus aspectos contemplados em alguns temas trabalhados, principalmente na unidade II, onde são discutidos os componentes da cadeia de transmissão das doenças. Os alunos desenvolvem atividades como lavagem das mãos, que foi lembrada pelos alunos como uma experiência significativa de aprendizagem em

⁴ O portfólio é um instrumento que compreende a compilação de todos os trabalhos realizados pelos estudantes e inclui registro de visitas, resumos de textos, relatórios, anotações de experiências, ensaios autorreflexivos e quaisquer tarefas que permitam aos estudantes a discussão de como as experiências contribuíram para o alcance dos desempenhos esperados no módulo. O estudante arquiva e apresenta as evidências das habilidades, atitudes e conhecimentos adquiridos. É um instrumento de autoavaliação do estudante e de acompanhamento do processo ensino-aprendizagem pelo professor. Podem-se anexar avaliações, textos, fotos, recortes que retratem a vivência do estudante no módulo, demonstrando uma visão generalista, criativa e de amplo conhecimento (REZENDE, 2011; TACLA et al., 2014).

educação em saúde, relacionando-a ao seu próprio aprendizado, justificando que era necessário, a fim de poderem orientar os usuários dos serviços de saúde no futuro:

Algumas coisas a gente sabia explicar, como a lavagem das mãos, a técnica certinha, daí a gente passava para as pessoas que nós íamos conhecer, para o paciente. (G1E1)

Na prática de lavagens de mãos, a professora explicou que se a gente não lavasse as mãos corretamente nós levávamos nossos microrganismos para os pacientes. (G2E3)

Na unidade I, as diversas abordagens sobre o ser humano, família, comunidade, modos de produção, modelos de atenção à saúde, entre outros, instrumentalizam o estudante para a realidade da população à qual se direciona o cuidado em saúde e, conseqüentemente, o processo educativo. Os estudantes, logo que concluem o módulo, parecem valorizar esse aspecto, conforme podemos apreender das suas falas:

A gente estudava a história de um indivíduo, então a gente tinha que entender quem era ele, de onde ele vinha, se era um caso isolado ou não a doença, tinha que entender o porquê ele estava doente, se ele estava colocando a comunidade dele em risco, pra ver o contexto geral, entender como a gente iria atuar naquele caso. (G1E1)

Aí você falava, com a sua visão, o jeito que você iria solucionar o problema. (G1E2)

Aí a gente viu o que tinha que ser feito, as ações, as vacinas [...]. (G1E3)

Entretanto nem sempre é possível garantir que, nesse estudante de primeira série, tais discussões gerem as reflexões necessárias e que estas se mantenham ao longo do processo de aprendizado, conforme a reflexão deste professor:

Acho que um conceito essencial para educação em saúde é a questão de compreender o processo de saúde doença e a determinação social da doença. Porque se o aluno não tem essa clareza, ele vai achar que palestra resolve a vida de cada um que foi orientado, portanto serão as suas atitudes, seus hábitos que serão mudados. Pronto! Então, acho que precisa mais intencionalidade para discutir que a determinação social da doença, a história do indivíduo, determina

como ele vive, determina a sua vida e, às vezes, as coisas não são da forma que ele escolhe, mas é a forma que dá para ser, e acho que essa compreensão é essencial. [...] A gente até lida um pouco com essa questão mais ideológica, de que é visão de mundo, de como que as pessoas, como que a sociedade capitalista é organizada e, portanto, como é que esses trabalhadores vivem e como é que é sua relação, sua vida, como trabalham, o que eles ganham dá para viver? Não dá? Aquilo que ele produz ele não tem. Acho que poucos [estudantes] têm essa condição: eles não se veem como um agente, um cidadão que pode transformar inserido nessa sociedade. Ele vê um panorama que ele precisa compreender aquilo para responder a questão do vestibular. Acho que, talvez, quando ele entra na faculdade, acho que talvez alguns continuem vendo assim, “ah eu tenho que ir bem nesse módulo e passar”. Mas... agora assim: “Bom, esse é o cidadão que eu vou cuidar, esse é o ser humano que eu vou cuidar e ele vive assim, eu preciso olhar diferente”. Então, acho que a gente não consegue atingir todos nesse módulo, e aí a gente não lida nesse momento com a educação em saúde, em ver essa relação. (P8)

O terceiro módulo da primeira série, Aspectos Morfofisiológicos e Psíquicos do Ser humano, 6MOD086 (D3), tem por propósito que o estudante compreenda a concepção, o desenvolvimento e a organização estrutural do ser humano pela relação de seus componentes anatômicos, teciduais e celulares. Espera-se ainda que os aspectos morfofisiológicos sejam associados às principais técnicas de exame físico do paciente, e que o estudante compreenda a promoção da saúde mental no cuidado do indivíduo. O módulo é caracterizado por conteúdos relacionados aos fundamentos das ciências básicas, razão pelo qual, provavelmente, não se observa, no documento, referência à educação em saúde de forma explícita ou implícita.

Os professores, em seus relatos, confirmam a dificuldade em se inserir o tema em um módulo tão específico:

Então, em semiologia é muito pouco, porque, nessa hora, é realmente mais a questão do básico e da abordagem com o paciente, do olhar clínico, da técnica em si da semiologia. Então, a gente não chega; se eu falar que chega, é muito pouquinho assim, a gente nem aborda teoricamente essa questão. (P6)

Os estudantes também não fizeram referência a esse módulo quanto a experiências significativas de aprendizagem em educação em saúde.

O módulo Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade I (PIM I) – 6PIM003 (D4) é um interdisciplinar, pois envolve

estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Farmácia da UEL. O curso de Enfermagem tem o PIM em sua matriz curricular nas duas primeiras séries do curso; Medicina, nas três primeiras, e Farmácia, desde 2014, também na primeira série. O propósito do PIM I é:

Promover o desenvolvimento de capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras que possam ser mobilizadas e integradas para a realização qualificada dos desempenhos das áreas de competência do cuidado às necessidades de saúde do indivíduo e família, do cuidado às necessidades coletivas, do acesso aos serviços, bem como às ações de promoção à saúde, em cenários reais e simulados da prática profissional, de acordo com o grau de autonomia e domínio do primeiro ano (D4).

Por se tratar de um módulo interdisciplinar, os estudantes são divididos em médios grupos, os GIMs⁵. Os encontros acontecem tanto no CCS como em UBSs, e são coordenados por professores vinculados a diferentes departamentos⁶ da UEL.

Os estudantes são avaliados em relação a três grandes competências: a primeira diz respeito às necessidades de saúde do indivíduo e da família, análise e formulação de problemas de saúde e elaboração e execução de um plano de intervenção para essas famílias. Na segunda competência, os estudantes desenvolvem o cuidado em relação às necessidades coletivas de saúde. A terceira relaciona-se com o acesso aos serviços de saúde e ações de promoção visando relação respeitosa e de colaboração com colegas e ou membros da equipe de saúde, criando condições para o desenvolvimento do trabalho coletivo.

Podemos observar por meio dessas competências que a educação em saúde, mesmo que não citada de forma explícita, se faz presente de forma muito intensa neste módulo. O estudante é levado a conhecer as necessidades de

⁵ Os GIMs são Grupos Interdisciplinares e Multiprofissionais, formados durante o desenvolvimento dos PIM I e II, por cerca de 14 estudantes dos três cursos. Todas as atividades desses módulos são desenvolvidas dentro dos GIMs (NUNES et al., 2014).

⁶ Departamento de Saúde Coletiva (DESC), Enfermagem (ENF) e Ciências Farmacêuticas (DCF) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e de Ciências Sociais e de Filosofia do Centro de Letras e Ciências Humanas (CLCH).

saúde do indivíduo e do coletivo, o que provavelmente tem um grande potencial para ações educativas. Considerando a autonomia e domínio, próprios dos estudantes da primeira série, como o propósito do módulo cita, essa primeira aproximação terá, com o auxílio do professor, grande repercussão na forma como o estudante desenvolverá essa atividade ao longo dos próximos anos.

Para o alcance dessas competências, os estudantes realizam visitas domiciliares nas microáreas de abrangência das UBSs, desenvolvem estudos individuais e elaboram relatos de práticas.

Já evidenciando uma potencialidade para o desenvolvimento da educação em saúde, mesmo que não de forma explícita, o documento analisado amplia-se pelo registro das falas dos professores. Tal fato se deve à mudança ocorrida no módulo a partir de 2014, com a introdução de um “movimento” específico para tratar do tema, incluindo a discussão teórica do conceito. Este foi um dos módulos de cuja nova versão fizemos análise. Essa nova versão apresenta um momento específico de teoria em que é discutido o conceito de educação em saúde com base na leitura de um texto (artigo científico de revisão de literatura). O documento não permite avaliar se é realizada alguma atividade prática com a comunidade.

O PIM I é totalmente direcionado às famílias, então eles falam “ah, educação em saúde...” Então eu falo: “mas gente, educação em saúde não é só isso: sabe o paciente da diabetes que foi conversar com você lá no posto? porque lá vocês também fazem educação em saúde”. Então, aquilo lá também é educação em saúde. É lógico que aluno de 1º ano, que tá conhecendo ainda, mas tem tudo explícito. [...] A gente vai fazer visitas às famílias, são pacientes geralmente crônicos, a gente faz muita orientação em saúde relacionada aos mais diversos temas, como hipertenso, diabético, às vezes gestação de risco, criança baixo peso. Os alunos agora fizeram sobre o zika vírus, porque estava aparecendo. (P2)

O PIM I, ele é uma das essências, é a parte da educação em saúde, tanto que ele tem um espaço formal para isso acontecer. Primeiro vamos conhecer o território, a UBS, a família, levantar as necessidades da família, e aí vamos trabalhar essa família. Como é primeiro ano, e eles não têm habilidade técnica nenhuma, então qualquer necessidade que tenha relação com uma intervenção mais específica não vai acontecer. Então, a maioria das intervenções acontece dentro da lógica da educação em saúde. Tiveram muitos temas, muitas coisas diferentes. Esse ano eles focaram na família específica, nas necessidades específicas e foram lá e

fizeram as atividades. Desde o primeiro ano falamos “ah, não vou fazer palestra não, porque palestra não dá certo!”. Então o primeiro movimento é equipe, segundo o território, terceira é família, a quarta necessidade em saúde, e a quinta é a intervenção. Dentro dessa intervenção, tem alguns textos, e inclusive tem um específico de educação em saúde. Daí é trabalhado o conceito de educação em saúde e estratégias também. Inclusive esse texto traz bastante essa diferença entre o tradicional para uma abordagem mais de valorização do indivíduo. Isso está inclusive acho que na ementa. (P7)

O grupo de estudantes da primeira série que participou do GF em 2014 ainda não tinha vivenciado esta reformulação e mesmo assim relatou experiências significativas em relação à educação em saúde, o que nos leva a crer que o estudante captou o que estava implícito no módulo, e que a prática pedagógica extrapola o que está registrado no documento;

O PIM foi o que mais ficou. Principalmente naquelas partes que a gente tinha que fazer aqueles Movimentos. Por exemplo: Vocês vão procurar uma orientação! A minha foi sobre pé diabético, a gente orientava, nós fizemos, eu fiz um folder que orientava tudo, e o que a gente pensava era que o folder tinha que ser todo desenhado porque a maioria das pessoas eram analfabetas, então tinha uns desenhinhos, tinha alimentação, o que era correto, aí tinha o “x” no que não era certo: fumar, bebida alcoólica. (G1E9)

Na verdade, o PIM aborda isso. (G1E7)

Até mesmo no PIM, mesmo quando a gente ia lá e conversava, a gente acabava dando alguma orientação para o paciente. No PIM I, apesar da gente não saber muita coisa, mas a gente acabava passando alguma coisa pra eles, se eles tinham alguma dúvida a gente chegava, corria atrás para estar passando para eles. (G3E13)

Nesta série, portanto, ao ser inserido no CI, o estudante é apresentado formalmente aos temas transversais e desenvolve algumas atividades específicas de educação em saúde no módulo do PIM I, além de outras, como leituras de texto, dinâmicas de grupo, sessões tutoriais, apresentações de seminários e de peças teatrais, nas quais são desenvolvidas habilidades de comunicação, de relações interpessoais, de trabalho em equipe, entre tantas outras que são necessárias para o desenvolvimento e aplicação das atividades educativas em saúde. Observamos que, mesmo que estratégias mais ativas sejam

discutidas e desenvolvidas na série, ainda permanece uma concepção de transmissão, de passar algo para o outro nas falas dos estudantes.

☐ SEGUNDA SÉRIE

Compõe-se de cinco módulos: Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino, Serviço e Comunidade II, Práticas do Cuidar, Organização dos Serviços de Saúde, Saúde do Adulto I, Central de Material e Biossegurança.

O módulo Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino, Serviço e Comunidade II (PIM II) – 6PIM004 (D5) é trabalhado durante toda a segunda série e segue o mesmo padrão metodológico do PIM I. Dessa forma, as atividades desenvolvidas com os GIMs acontecem tanto no CCS quanto nas mesmas UBSs em que os grupos foram alocados no ano anterior, para que o estudante atue no território cuja situação socioeconômica, cultural e de saúde da comunidade já conheça.

A diferença do PIM II em relação ao PIM I é que aquele propõe que os estudantes conheçam de que forma o serviço de saúde local se organiza para atender as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da coletividade, no local sob sua responsabilidade, do ponto de vista do próprio serviço. Como está descrito no caderno do módulo:

A fim de organizar a atenção prestada à população, os profissionais que atuam no serviço de saúde podem (e devem) utilizar alguns instrumentos que os subsidiem no diagnóstico de saúde da comunidade e/ou no conhecimento das melhores formas de diagnósticos e tratamento das necessidades individuais de saúde. Dentre esses instrumentos, temos à nossa disposição a epidemiologia e a pesquisa científica, assuntos que serão desenvolvidos no decorrer do módulo (D5).

Não se encontra no documento citações explícitas do tema transversal educação em saúde, embora a vivência do estudante junto da comunidade e o despertar para as necessidades de saúde da população, tanto em nível individual quanto coletivo, embasado em dados epidemiológicos e pesquisa científica, possam ser importantes instrumentos de reflexão sobre sua importância.

Isso coaduna com o exposto por uma professora do módulo ao relatar as práticas do PIM II:

O PIM II tem como dois focos principais o estudo da epidemiologia enquanto método de pesquisa e a proximidade com a organização do serviço. [...] é direcionada para que o resultado da pesquisa seja divulgado aos profissionais. Então, eu diria, é muito mais um foco na educação permanente da equipe da UBS do que exatamente uma educação em saúde. A gente aborda a questão da educação em saúde para o usuário, quando nós discutimos os programas de saúde, aí sim a gente fala: “olha, dentro do programa de saúde pré-natal tem que ter palestra, tem que ter orientação das gestantes”, mas é teórica, não há atividade prática onde o aluno vivencia uma ação de educação em saúde. [...] O que ele acaba fazendo na verdade é, por exemplo, quando a gente vai na comunidade coletar dados da pesquisa, a gente sempre orienta. [...] Mas o objetivo não era esse e ninguém garante que eles fazem, até porque eles têm entrevistas para fazer em um dia, então, se isso demora mais, eles abandonam essa ideia, fazem a entrevista e saem de lá. (P5)

Os estudantes da segunda série realmente não fizeram referência a esse módulo no que diz respeito a experiências significativas de aprendizagem em educação em saúde.

O módulo Práticas do Cuidar – 6MOD087 (D6) acontece no primeiro semestre da segunda série do curso. É por meio dele que o estudante é inserido no contexto hospitalar. Divide-se em nove unidades e nele são trabalhadas as técnicas básicas de enfermagem e abordadas as necessidades humanas básicas (NHB).

Destacamos a seguir, as unidades em que o tema transversal educação em saúde aparece de forma implícita ou explícita.

A segunda unidade está relacionada ao conhecimento da estrutura hospitalar e da equipe de saúde e de enfermagem, das normas e rotinas hospitalares e da sua importância para a assistência de enfermagem. Nesta unidade, o estudante compreende o que é admissão e alta do paciente do ponto de vista da enfermagem, passagem de plantão, orientações aos familiares e ao próprio paciente quanto a rotinas, visitas, receitas médicas, entre outras. Importante observar o potencial para o desenvolvimento do tema transversal educação em saúde nesta unidade, pois, pela primeira vez, o estudante é

confrontado com a sua responsabilidade pelas orientações do paciente e do familiar, tanto na admissão quanto na alta.

Embora o documento não traga explicitamente o tema transversal em desempenhos, habilidades ou em sequência de atividades, podemos observar, pela fala dos professores e estudantes, que, na prática, esse aprendizado tem se tornado significativo para o estudante e colaborado na construção do conhecimento sobre o tema:

Em Práticas do Cuidar vem a questão da higienização e que em alguns momentos se fala da orientação ao paciente. É, em termos de higiene, em termos de educação em saúde com a família, no caso da realização de um conforto, de mudança de decúbito, que é importante você envolver a família. [...] e depois, por exemplo, na realização dos curativos, a orientação sobre a realização dos curativos, da continuidade em casa. A gente aborda isso quando está ensinando. E a gente procura paciente de alta. É assim, quando tem alta é o aluno que faz. E na prática também é enfatizado, porque tem que orientar, e na parte teórica da alta. O tempo todo é reforçado muito isso, que a alta do paciente começa a partir do momento que ele está ali internado... admitido na verdade. Isso é muito trabalhado com eles. (P6)

Em Práticas do Cuidar, quando a gente começou a dar banho no leito, a professora orientou a acompanhante da paciente a trazer um colchão “caixa de ovo”, porque ela não tinha o colchão e era acamada. Perguntou se alguém não conseguia trazer o colchão para prevenir úlceras, que seria uma forma de prevenir, pois a paciente ainda não tinha úlceras. Eu acho que isso foi um tipo de orientação. (G2E8)

O Módulo conta ainda com uma unidade chamada “Construindo Subsídios para a Atenção Integral à Saúde Sexual e Reprodutiva”. Nessa unidade, os estudantes são orientados pelos docentes por meio de metodologias ativas (aulas expositivas dialogadas, seminários, leitura e síntese de textos entre outras) sobre questões de gênero, sexualidade, métodos contraceptivos, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), seus estigmas e prevenção.

Na abordagem sobre a adolescência, os estudantes têm por tarefa o preparo de seminários e sínteses que incluem: alterações fisiológicas, necessidades nutricionais, hábitos alimentares, aspectos psicológicos e emocionais da adolescência; vulnerabilidade na adolescência: gravidez, aborto,

IST, uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, violência; e Estatuto da Criança e do Adolescente – direitos e deveres. Parte desse material é utilizado para a construção de uma pasta temática⁷ usada como material de apoio para as atividades de educação em saúde que os estudantes realizam com adolescentes, em escolas de ensino médio e profissionalizantes. Essa atividade se dá por meio de uma oficina com dinâmicas variadas que abordam o tema de forma lúdica. Primeiramente os docentes realizam as dinâmicas tendo os próprios estudantes como sujeitos da ação para treinamento e esclarecimento de dúvidas. Na oficina, os estudantes coordenam, em duplas ou trios, salas com aproximadamente 10 a 12 adolescentes. Ao final, os estudantes elaboram um relatório científico sobre a oficina, incluindo o processo de construção, implementação e avaliação.

Nessa unidade, o tema transversal educação em saúde aparece no documento, pela primeira vez, de maneira efetiva e prática, desde competências, desempenhos e habilidades, estando descrita a sequência de atividades a ser desenvolvida pelos estudantes, até mesmo como parte integrante do processo de avaliação. Não por acaso, foi uma das experiências significativas em educação em saúde mais citadas pelos estudantes de todas as séries:

Eu acho que em sexualidade, porque a gente deu uma aula na Epesmel, e foi uma educação em saúde, a gente ensinou eles a como prevenir as DSTs, a gravidez indesejada. (G2E1)

Eu acho que a atividade que melhor se encaixou nesse conceito foi a da Saúde do Adolescente. (G3E8)

A capacitação que demos na Guarda-Mirim e Epesmel sobre sexualidade. Isso me marcou muito. (E7)

A mais significativa foi quando tivemos a oportunidade de educar adolescentes e jovens sobre sexualidade, mostrando que, ao chegar no público mais novo, a educação tem mais efeito. (E9)

⁷ A pasta é feita individualmente pelos estudantes e deve conter diferentes conteúdos e figuras, construídos em forma de síntese, integrando os saberes apreendidos desde a primeira aproximação com a temática de saúde reprodutiva. É usada como material de consulta para prática nos serviços de saúde e para ilustrar alguma orientação à mulher. Cada estudante constrói sua pasta com o seu estilo, registrando o que lhe foi mais significativo (TACLA et al., 2014, p. 108).

Em razão da relevância e por se constituir em uma experiência significativa para os estudantes, a atividade foi objeto de observação não participante neste estudo, descrita na sequência, com o intuito de melhor compreender a abrangência do fenômeno na formação do enfermeiro.

Chegamos às 7h30, eu e as duas professoras do módulo que iam conduzir a oficina com o grupo de estudantes (em torno de 20). Os estudantes estavam estrategicamente sem jalecos, orientados pelos professores, para que se estabelecesse uma relação horizontal de troca nesse processo educativo. Após algumas instruções das professoras e uma conversa com a coordenadora da escola, os estudantes se dividiram em duplas e trios e assumiram as salas. Fiquei em uma sala com uma turma de “adolescentes” de 17 a 20 anos (portanto, quase da mesma idade dos estudantes) e me posicionei no fundo da sala para não interferir na dinâmica. Os estudantes nesta sala estavam em trio. (DC 20/07/15)

A seguir, a descrição da sequência de dinâmicas que foram desenvolvidas pelos estudantes e observadas pela pesquisadora.

DINÂMICA 1 – Apresentação. Pediram-lhes que se sentassem em roda, explicaram o tema e disseram que, por ser “polêmico”, deixariam uma caixa na mesa para que, se alguém tivesse alguma dúvida que não quisesse expor na frente dos outros, o fizesse anonimamente. Solicitaram então que os adolescentes dissessem seu nome, a idade e a parte do corpo de que mais gostavam em si. Aqui percebo que a estudante que conduzia a atividade, ao se apresentar, talvez intencionalmente, se identifica e já diz que a parte de que mais gosta em si é a “bunda”. Todos riem e o clima já fica mais descontraído. (DC 20/07/15)

DINÂMICA 2 – A seguir, dividem a turma em dois grupos e pedem aos adolescentes que desenhem o corpo humano no papel kraft – um grupo desenha o corpo masculino e outro grupo desenha o corpo feminino. Enquanto desenhavam, uma das estudantes desenha no quadro um pênis, uma vulva e uma vagina. Na sequência, colam o cartaz no quadro e são instigados a pensar no que faltou no desenho. Por exemplo: no corpo masculino faltou a glândula, prepúcio, pelos nas axilas. Alguém imediatamente fala: “Não faltou! Ele depila!” [risos]. A estudante então pede que listem cinco vantagens de ser mulher, ao que uma das meninas responde prontamente: “Nenhuma! Mulher menstrual!” [risos]. Mas em seguida conseguem listar. Depois foram para o desenho do quadro e a estudante chama uma das meninas e pergunta se ela sabe o nome das partes dos órgãos genitais. Observo neste momento a grande dificuldade que esses adolescentes têm para identificar os nomes das partes do próprio corpo. A garota, de 20 anos, achava que vagina era tudo, incluindo a parte externa (vulva). Depois um menino, ao dizer as partes do órgão masculino, não sabia o nome do prepúcio. Na sequência, falaram sobre ciclo menstrual, e surgiram inúmeras perguntas sobre gravidez. Importante ressaltar que os estudantes se saíram muito bem nas respostas. Estavam tranquilos e seguros. (DC 20/07/15)

DINÂMICA 3 – A terceira dinâmica foi a do Autógrafo. Denominada “Cartão: formas/meios de transmissão e multiplicação da Aids/IST”, teve por

objetivo principal mostrar a disseminação do HIV quando não se faz o uso adequado do preservativo. Realizou-se por meio da distribuição de folhas de sulfite cortada em cartões para cada adolescente. Eles deveriam assinar (dar um autógrafa) nos cartões dos outros. Entre esses cartões, um possuía um círculo desenhado “o” que representava sexo com preservativo e outro cartão um “X” simbolizando o portador do HIV; os demais cartões não apresentavam nenhuma marca, que representa o sexo sem proteção. Além dos cartões, pediu-se que um adolescente não seguisse as regras, ou seja, não assinasse em nenhum papel e nem deixasse ninguém escrever no seu, mostrando assim que o melhor método é a abstinência sexual. Colocou-se uma música e os adolescentes deveriam assinar o seu nome e pedir que outras duas pessoas assinassem. Esta dinâmica mostra a facilidade da transmissão do HIV, tendo em vista a troca de parceiros e o não uso do preservativo. Juntamente com a dinâmica do cartão, realizou-se também a da goma doce, pois enquanto eles pegam a assinatura dos colegas, os estudantes ofereceram a goma para cada adolescente, representando a disseminação das drogas e proporcionando a reflexão de estar exposto ao risco por pessoas que se julga conhecer. (DC 20/07/15)

DINÂMICA 4/5 – Na dinâmica sobre IST, perguntou-se primeiramente aos adolescentes quais ISTs eles conheciam. Em seguida, foram explicados os principais sinais e sintomas, forma de transmissão, tratamento e, para relacionar a doença com os sintomas, foram mostradas as imagens da pasta temática que os estudantes levaram. (DC 20/07/15)

DINÂMICA 6/7 – Ainda dentro do assunto, os adolescentes foram questionados sobre a melhor forma de prevenir a gravidez e as ISTs, expondo no quadro os métodos contraceptivos conhecidos e explicando funcionamento, eficácia e desvantagens. Após esse momento de teorização, fez-se uma dinâmica chamando dois adolescentes para simular a colocação da camisinha masculina, ensinando a forma correta de armazenamento, colocação e em qual lixo colocar. Nesse momento, como nessa sala os estudantes estavam atrasados com as dinâmicas (talvez pela expressiva participação dos adolescentes), a professora veio chamar para o intervalo e eles tiveram que interromper a atividade sem terminar a dinâmica. Importante ressaltar que as professoras passam várias vezes pelas salas para acompanhar o andamento das atividades, controlar o tempo, avaliar os estudantes e ajudar em possíveis dificuldades. Os estudantes, no intervalo, também pediram o *feedback*, inclusive para mim. Todos nós, professores e estudantes, fizemos o lanche com os adolescentes no refeitório da instituição, que até mesmo ofereceu almoço para os estudantes que permaneceram na escola para a atividade da tarde também, indicando uma parceria já consolidada entre a instituição e a universidade. (DC 20/07/15)

DINÂMICA 8/9 – Para concretizar e resumir tudo o que foi visto em sala de aula, realizou-se a dinâmica dos mitos e tabus e a do semáforo. Com os adolescentes sentados em roda, os estudantes distribuíram primeiramente frases sobre métodos contraceptivos e meios de contágio das ISTs, como “Ter relação durante a menstruação engravida” e “Se a garota se masturbar pode perder a virgindade”, e perguntando aos adolescentes se era mito ou verdade, iam esclarecendo as dúvidas. Na sequência, distribuíram as frases que correspondiam à dinâmica do semáforo. O objetivo era verificar o risco de contrair determinadas ISTs, de acordo com a cor correspondente ao semáforo: a verde indicando que não contrai IST; a amarela, que pode contrair, e a vermelha, que contrai IST. (DC 20/07/15)

DINÂMICA 10 – Para finalizar as dinâmicas fez-se uma roda de conversa sobre tipos de violência na adolescência, que conduta se deve tomar e quais são os órgãos competentes para tratar desse assunto. (DC 20/07/15)

Ao final, os estudantes entregaram as avaliações individuais aos adolescentes para que estes expressassem sua opinião a respeito da atividade completando três fases: “Que bom”, “Que pena” e “Que tal”. Na despedida, além de agradecer a participação, entregaram uma lembrança (pirulito com um recado: “Se previna!”). Na caixinha de perguntas colocada à disposição no início da atividade, para o caso de alguém querer se manifestar anonimamente, não havia nenhuma pergunta. (DC 20/07/15)

A atividade com os estudantes mostrou que, nessa unidade, o tema transversal educação em saúde está sendo desenvolvido de forma efetiva. Os estudantes compreendem o seu papel como educadores e a importância das estratégias para o alcance dos objetivos propostos. Os professores desempenham papel fundamental, como dinamizadores das ações educativas a serem realizadas, demonstrando não só a importância da educação em saúde, como atividade fim, mas também a importância das estratégias utilizadas e de todo o planejamento das ações. Todavia tanto o documento, como a fala do professor e também a observação evidenciam que não ocorre abordagem teórica do conceito de educação em saúde nesse momento.

Eu ouço muito os alunos falarem "olha, aqui a gente faz muita educação em saúde". Então, eles vão promover a saúde, e prevenir complicações, eles vão realmente para a população. É uma parte prática muito interessante, de que eles se sentem enfermeiros educadores. [...] Eles trabalham sexualidade, o uso de drogas, a vulnerabilidade, de uma forma geral, e depois eles vão para a prática com grupos pequenos de adolescentes. Então, eles são agentes fornecedores de informação para o cuidado pessoal daquele público. Eles têm dois momentos: o embasamento teórico, que envolve tanto a saúde da criança quanto a saúde da mulher, com aulas, seminários, formação de pasta temática, estudos individuais. A gente debate no seminário os grandes temas, o uso de drogas, DST, gravidez, aborto, bulimia, anorexia, distúrbios alimentares, tudo que tem de vulnerabilidade do adolescente, depois a gente vai para uma parte prática. Então, como fazer com que eles consigam transmitir esses temas de uma forma bem interativa, para prender a atenção dos adolescentes, de uma forma dinâmica? Então a gente treina eles, aplica neles o que eles vão reproduzir exatamente com os adolescentes. Eles têm 4 períodos para ficar e repetir isso em grupos diferentes de adolescentes. Então, no primeiro dia, eles estão meio inseguros ainda, e isso é interessante de ver, porque a gente vê a evolução. São duplas com mais ou menos 12 adolescentes, então no primeiro dia eles morrem de medo, acham que vão fazer e vão falar tudo errado. Segundo dia, chega no terceiro, quarto, são outras pessoas! Super bem articuladas, desenvolvidas, que

conseguem interagir... Então eles saem de lá com uma visão muito boa assim.
(P10)

O módulo Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem – 6MOD089 (D7) tem o propósito de, com base nos princípios e diretrizes do SUS, levar o estudante a analisar a organização dos serviços de saúde e os elementos do processo de trabalho em saúde e em enfermagem, caracterizando os modelos de atenção à saúde e as formas de gestão do SUS. A compreensão da organização dos serviços de saúde e de enfermagem no Brasil tem papel importante para a formação do enfermeiro com visão crítica e transformadora da realidade.

O módulo está dividido em três unidades. A primeira aborda o SUS; a segunda, o processo de trabalho em saúde e em enfermagem; a terceira, os modelos de atenção à saúde. O módulo prevê a discussão do processo de trabalho em saúde e em enfermagem no âmbito do SUS, inserindo aí a prática social do enfermeiro, que pressupõe a inclusão da educação em saúde como elemento indispensável. Assim a discussão deste tema, neste momento, talvez esteja mais voltada à macropolítica do SUS.

[...] aborda mais o SUS, a história do SUS, os alunos também vão para entrevistas, é um módulo mais teórico, mas também vão para entrevistas com usuários, onde eles procuram saber o que as pessoas sabem do SUS, como os clientes enxergam o SUS, como a população observa o SUS, então nesse módulo também não dá para puxar muito a questão da educação [em saúde]. (P3)

[...] Aí a educação em saúde passava por uma situação totalmente teórica de ser uma das finalidades do SUS [...] (P5)

Em consonância com o documento e com a fala dos professores, os estudantes não fizeram menção a este módulo quando questionados sobre experiências significativas de aprendizagem em educação em saúde.

O módulo Saúde do Adulto I – 6MOD115 (D8) está ancorado no estudo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais relevantes epidemiologicamente: diabetes *mellitus* (DM), hipertensão arterial (HA) e doenças neoplásicas, visando à reflexão sobre o papel do enfermeiro na promoção da

saúde, prevenção e controle das DCNT. Aborda também a saúde do idoso. O estudante se apropria de dados que comprovam o crescente envelhecimento populacional no Brasil e a necessidade de lidar, como profissional de saúde, com os diferentes aspectos da vida da pessoa idosa, seus familiares e cuidadores, visando à qualidade de vida deles.

É importante destacar neste módulo as práticas educativas presentes nas visitas domiciliares e nas atividades realizadas nos atendimentos individuais e em grupo na UBS. O tema transversal educação em saúde está presente na árvore temática do módulo e o estudante pode realizar atividades educativas em saúde com os indivíduos portadores de DCNT no âmbito da atenção primária. Além disso, são trabalhadas diferentes habilidades importantes para o desenvolvimento da competência para sua realização, como comunicação, empatia, apoio e valorização das informações. Não é possível avaliar se as estratégias desenvolvidas para as atividades educativas são baseadas no modelo tradicional.

Os professores e os estudantes compartilham da opinião de que este é um módulo com imenso potencial para o desenvolvimento da educação em saúde, como podemos observar pelas falas destacadas:

[...] ele faz visita domiciliar, ele levanta um caso, ele estuda esse caso, e ele procura unir a clínica e os problemas que ele encontra nessas visitas, numa determinada família. Por exemplo, o foco são as DCNT, principalmente diabetes e hipertensão. Então, ele levanta esses problemas, ele traz para sala de aula, ele problematiza, a gente discute, e ele cria um plano de cuidados basicamente com foco em processos educativos. Então, ele volta na residência destas pessoas, da família e ele faz orientação. (P1)

Em Saúde do Adulto I, quando a gente foi para UBS, a gente orientava os pacientes sobre como cuidar do diabetes e da hipertensão. Por exemplo: Seu Fulano, não pode colocar muito sal na comida. Aí o paciente fala: “Eu gosto de comer feijoada no final de semana”, e a gente tem que ficar “brigando” com ele... [risos] (G2E3)

Eu acho que, na campanha de vacinação, o meu grupo na Saúde do Adulto I, nós fomos a uma empresa. Além de a gente vacinar eles, nós falávamos por que estávamos fazendo aquilo e por que ia ser bom pra eles, e como eles iam estar expostos se não se vacinassem. (G3E4)

O módulo Central de Material e Biossegurança – 6MOD116 (D9) tem o propósito de inserir o estudante no contexto do cuidado no processamento de artigos odonto-médico-hospitalares, em diferentes serviços de saúde, incluindo a central de materiais do hospital, para assegurar os princípios de limpeza, descontaminação, desinfecção, esterilização, assepsia e antisepsia. Inclui também os conteúdos referentes à saúde do trabalhador da área da saúde e discussão sobre biossegurança, riscos no trabalho, construção de mapas de risco, considerando as peculiaridades do processo de trabalho nos diferentes serviços de saúde.

Embora haja destaque para o tema transversal educação em saúde na árvore temática, ele não mais se repete ao longo dos desempenhos e habilidades, não ficando claro de que forma ou em que momento do módulo o tema é trabalhado. Entretanto avaliamos ser este um módulo com grande potencial para o desenvolvimento do tema, principalmente no que tange a aspectos de prevenção e promoção à saúde do trabalhador no seu ambiente de trabalho.

Ao confrontarmos o documento com a fala do professor que atua nesse módulo, pareceu-nos ser este um caso em que efetivamente o caderno de planejamento necessita de atualização, uma vez que, segundo o professor, a educação em saúde tem sido trabalhada na área da saúde do trabalhador, entretanto ainda na dependência da intencionalidade do docente:

Acho que central de material está bem falho. Nós não temos esse olhar intencional [...] você tem momentos de refletir essa questão da educação, da prevenção, quando a gente trabalha com o funcionário em relação à biossegurança, à necessidade de EPI, na central de material. É uma parte que a gente busca fazer educação em saúde, a gente tenta trazer a questão da concretude de uma infecção para ele, para que possa visualizar essa questão. O funcionário sendo o cliente, porque é o nosso momento ali. E em saúde do trabalhador, eu acredito que eles tenham mais, uma visão um pouco mais ampla a respeito disso, porque trabalham as afecções advindas do trabalho, e como é importante você fazer prevenção de lesões osteomusculares, biológicas etc. (P9)

Talvez, por isso, em nenhum momento os estudantes destacaram experiências significativas em educação em saúde relacionadas a esse módulo.

A segunda série propicia ao estudante diversas oportunidades para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, além do aperfeiçoamento de habilidades necessárias para esse fim. As variadas estratégias de ensino e aprendizagem exigem cada vez mais do aluno um papel de protagonista das ações. Ele deve buscar o conhecimento e, ao mesmo tempo, precisa compartilhá-lo com os demais nas sessões tutoriais, ou nas apresentações de seminários, ou ainda nas atividades práticas, quando é instado a realizar algum tipo de orientação. Tais ações são, basicamente, princípios da atividade educativa do enfermeiro. Nesta série o estudante também participa de todo o processo de elaboração de uma atividade de educação em saúde com adolescentes, utilizando-se de estratégias participativas, discutindo desde a organização até a avaliação.

Parece haver ainda a falta de uma abordagem conceitual do tema transversal, a ser resgatado nos diferentes momentos, com intencionalidade, uma vez que ele já está presente em pelo menos três módulos da série. A oficina de sexualidade, por se constituir em experiência significativa de aprendizagem para os estudantes, torna-se um espaço propício de discussão do conceito teórico.

▣ TERCEIRA SÉRIE

Esta série é composta por três módulos: Saúde do Adulto II, Saúde da Mulher e Gênero e Saúde da Criança e do Adolescente.

No primeiro semestre, tem lugar o módulo Saúde do Adulto II – 6MOD090 (D10), que dá continuidade aos módulos da segunda série, em especial aos módulos Práticas do Cuidar e Saúde do Adulto I. O foco principal é a assistência de enfermagem ao adulto e idoso hospitalizado, com problemas de saúde que exigem tratamento clínico e cirúrgico. Espera-se que o estudante preste assistência de enfermagem sistematizada a adultos e idosos hospitalizados que apresentam problemas de saúde que afetam os diversos sistemas corpóreos, e a pacientes cirúrgicos, no período perioperatório, considerando as repercussões

biopsicossociais do processo de adoecer e respeitando os princípios da humanização e os preceitos éticos e legais da assistência (D10).

O módulo está estruturado em duas unidades de atividades teórico-práticas. Na primeira — cuidando do paciente clínico —, desenvolvem-se atividades centradas em unidades de internação de hospitais secundários e terciários (média e alta complexidade); na segunda — cuidando do paciente cirúrgico —, em unidades de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica, principalmente do HUL.

A primeira unidade tem seu enfoque no ser humano hospitalizado, e abordam-se os conteúdos tendo como base os modos de viver do ser humano, as influências das condições socioeconômicas e culturais no perfil epidemiológico das doenças clínicas que afetam os sistemas corpóreos e as repercussões sociais na instalação e evolução das doenças. Desses agravos à saúde, faz-se o estudo de: conceitos, fisiopatologias, sinais e sintomas, causas, fatores de risco, exames diagnósticos, tratamentos clínicos e cirúrgicos, complicações, reabilitações e prevenções. Para fundamentar as discussões dos problemas decorrentes desses agravos, professores vinculados aos fundamentos das ciências básicas ministram aulas de farmacologia, nutrição, bioquímica, fisiologia e patologia.

Destaca-se nessa unidade, dentre os desempenhos e habilidades esperados do estudante, o planejamento e orientações de alta do paciente, que fazem parte do Processo de Enfermagem. Tais atividades, mesmo que não destacadas como educação em saúde, compõem um repertório de habilidades a serem somadas no processo de ensino-aprendizagem do ser enfermeiro educador.

Em Saúde do Adulto II eu procuro contemplar os processos educativos, quando a gente vai raciocinar clinicamente, pensando nesse indivíduo inserido na sociedade. Então por exemplo: O seu João vai ter alta, como você vai fazer essas orientações para o seu João cuidar da colostomia dele em casa? Então, isto é um processo de educação em saúde, seja para o seu João, para o cuidador do seu João. Então, basicamente são orientações de alta e orientações diversas. (P1)

A segunda unidade do módulo aborda conteúdos como: terapêutica cirúrgica no contexto do SUS, períodos pré, trans e pós-operatórios, repercussões socioeconômicas, espirituais e biológicas da decisão pela cirurgia para o usuário e sua família, direito e autonomia do usuário, consentimento informado para a cirurgia proposta, conteúdos relacionados ao procedimento cirúrgico e anestésico e à unidade do centro cirúrgico, exames, risco cirúrgico e a classificação do índice *American Society of Anesthesiologists* (ASA), Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), planta física e interação com o usuário do serviço de saúde no período pré-operatório.

Embora o contexto da prática em Centro Cirúrgico não seja um campo propício para o desenvolvimento de atividades educativas em saúde nem o caderno mencione explicitamente o tema transversal em estudo, as visitas pré e pós-operatória são momentos de interação enfermeiro-cliente com grande potencial para que isso ocorra. No desenvolvimento da SAEP, o enfermeiro interage com o paciente no período pré-operatório, estabelecendo uma relação de confiança que se estende ao ambiente do centro cirúrgico e continua na visita pós-operatória. O estabelecimento desse vínculo constitui um espaço de troca de saberes e esclarecimento de dúvidas acerca do processo cirúrgico e de outras necessidades de saúde. O professor do módulo confirma essa percepção e esclarece que isso ainda continua atrelado à experiência e intencionalidade do professor:

Em centro cirúrgico, eu acho que a educação em saúde é trabalhada nas visitas pré e pós-operatórias. Não consigo identificar assim com intencionalidade outro momento que isso seja feito [...]. Quando a gente trabalha complicações tardias, eu busco trabalhar essa questão, a questão da retomada da autonomia. [...] Depende muito, eu acho, da condução do professor, da experiência que o professor tenha. [...] Mas muitas vezes o aluno tem menos experiência para dar conta de fazer essas orientações. (P9)

Ainda assim, esse foi um módulo lembrado pelos alunos em algumas falas nos GF, enfatizando a importância das orientações como prática educativa aos pacientes, familiares e visitantes no ambiente hospitalar:

Aconteceu comigo no estágio de Saúde do Adulto II. Tinha uma paciente que tem mais de 60 anos e que a filha está acompanhando, e ela já sabe muita coisa sobre os cuidados com a mãe dela, então eu atendi a mãe dela essa semana, e ela já sabia até abrir um pacote de curativo sem contaminar, e ela é uma leiga, não tem nenhuma atuação na área, ela aprendeu cuidar da mãe dela, e ela falou que foi a enfermeira e o médico que ensinou e falou pra ela como fazer o curativo e tudo mais. (G3E6)

Eu tive uma experiência negativa esse ano em Saúde do Adulto II. Tinha um paciente que tinha uma sonda e a residente de enfermagem sentou com a esposa dele e começou a falar como ela ia cuidar da sonda, só falando, eu achei que foi muito negativo, porque desse jeito a mulher ia chegar em casa e já ia ter esquecido tudo, e a professora falou para nós que achava que esse paciente ia voltar com infecção urinária porque a orientação foi ruim. (G3E7)

Uma coisa que eu acho que devia acontecer é uma educação com os acompanhantes, as visitas que vêm para o quarto quando o paciente é CR⁸, orientar eles a colocar esse avental, trocar, jogar fora, e os pacientes também. Teve uma situação esse ano também, que foi pedido para o paciente colocar o avental quando ele saísse, porque ele era CR, e ele disse que nunca usou e que não ia ser agora que ele ia usar. Então, ele precisa de um enfermeiro falando para ele, explicando o porquê ele tem que utilizar, ou técnico, qualquer funcionário da saúde pode fazer isso, explicar que se ele não usar, vai transmitir para outras pessoas. (G3E9)

O módulo Saúde do Adulto II não apresenta o tema transversal educação em saúde explicitamente em seu caderno de planejamento. Algumas atividades educativas, como planejamento e orientações de alta, descritas tanto na unidade I quanto na II, não esclarecem a forma como o tema é trabalhado e com qual intencionalidade. Apesar de sua característica exclusivamente hospitalar e de as relações estabelecidas entre o estudante e o usuário serem de curta duração na maior parte das vezes, avaliamos que existem diferentes momentos que podem se constituir em oportunidades de se trabalhar o tema. O fato de o módulo ter como campo de estágio unidades de internação em hospitais secundários e terciários, corrobora o fato de os usuários desses serviços serem, em muitos casos, portadores de doenças crônicas, ostomizados, idosos acamados, com lesões por pressão, entre outras situações que demandam do enfermeiro um processo educativo que não se resume a “orientações de alta”, mas sim um planejamento que se inicia na admissão e envolve um compartilhamento de

⁸ Colonizado ou infectado por bactéria resistente a antimicrobianos carbapenêmicos.

saberes, trocas e negociações que está além da simples transmissão de informações.

O módulo Saúde da Criança e do Adolescente – 6MOD091 (D11) ocupa o segundo semestre do terceiro ano, com o objetivo de sistematizar e aprofundar os conhecimentos a respeito do desenvolvimento do ser humano, desde seu nascimento até a adolescência, entendendo-o como um ser influenciado pelo contexto socioeconômico, político e cultural. O módulo segue o desenvolvimento do ser humano e apresenta a infância e a adolescência como processos evolutivos que, além de sua dimensão biológica, revestem-se de significados determinados psicossocialmente.

A sistematização do cuidado à criança e ao adolescente desenvolve-se sob a luz dos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, com base no método científico, no perfil epidemiológico das doenças prevalentes, na interdisciplinaridade e na utilização da comunicação terapêutica como instrumento de construção da relação enfermeiro-criança/adolescente-família.

O módulo é dividido em duas unidades: Atenção Básica à Saúde da Criança e do Adolescente e Atenção Hospitalar à Criança e ao Adolescente.

A primeira unidade tem enfoque no atendimento à criança e ao adolescente na rede básica de atenção à saúde. Nesse momento, tanto em sala de aula, quanto em campos de estágio, em UBSs, há a abordagem dos seguintes temas: processo de adaptação extrauterina, assistência ao recém-nascido (RN) na sala de parto considerando a importância do contato precoce mãe-bebê, puericultura, rede sociobiológica do leite humano e manejo da amamentação observando os aspectos que determinam a prática da amamentação, planejamento familiar, alimentação da criança, crescimento, desenvolvimento, exame físico e esquema de imunização da criança e do adolescente, assistência a crianças com diarreia, desidratação, infecções respiratórias agudas e anemia, e assistência a crianças institucionalizadas em Centros de Educação Infantil (CEI).

Nas práticas em CEIs, destaca-se a atividade de educação em saúde, que deve ser planejada e realizada pelos estudantes. Conforme o caderno de planejamento do módulo, o estudante deve realizar a atividade recorrendo à comunicação e à criatividade. O professor deve orientar o planejamento após o diagnóstico da realidade local (ambiente físico e entrevista com o diretor do CEI) e coordenar a atividade sempre em parceria com a supervisora do CEI. Todo o processo é depois avaliado pelos estudantes e professores (D11).

Essa atividade foi destacada tanto pelo professor quanto por estudantes como importante para a formação em educação em saúde:

[...] a gente tenta fazer essa parte da educação em saúde muito em crianças institucionalizadas, que são as crianças das creches, que a gente trabalha a prevenção de parasitoses nos grupos pequenos. [...] Sempre! [com metodologias ativas] O objetivo é conhecer a criança! Então a gente tem dois momentos: a gente vai um dia, conhece o nosso público, conhece o ambiente que ele está, vê as salas, quais são e programa uma atividade de educação em saúde com eles. E, no segundo momento, a gente divide de acordo com a capacidade cognitiva do grupinho. Então, por exemplo, a gente divide os alunos em pequenos grupos, quem vai trabalhar com criança de 2, 3 anos, é teatrinho de fantoche, musiquinha. Quem vai trabalhar com criança maiorzinha já pode pensar em lavagem de mãos, e outras coisas de prevenção de parasitoses, higiene pessoal. Os alunos que programam! Tudo! Aí já tem uma independência, os alunos têm que conseguir adaptar para conseguir transmitir o conceito para eles, de acordo com a capacidade cognitiva deles. Esse é o momento da creche. Aí quando é possível, a gente às vezes consegue fazer grupos de puericultura, que são as crianças da atenção básica. [...] Mas eu acho que o forte mesmo é a atividade da creche. A puericultura trabalha bastante prevenção e parte de cuidado. Então, também acaba sendo. (P10)

Realizamos uma atividade em uma creche com as crianças e foi a atividade mais marcante na minha graduação, pois acreditava que não seria tão eficaz, já que estava voltada para o público infantil, porém foi muito proveitoso. Aprendi muito e percebi como a organização é importante para conquistar o objetivo final. (E12)

A puericultura também, quando a gente ensinava as mães. (G3E10)

Na segunda unidade, a teoria e a prática são voltadas para a atenção hospitalar à criança e ao adolescente. Dessa maneira, os conteúdos abrangidos dão continuidade aos temas: cuidado de enfermagem à criança, ao adolescente e ao RN hospitalizado e à sua família, icterícia, brinquedo terapêutico, alívio da dor, alta hospitalar, maus tratos, doença crônica, terminalidade.

As ações educativas no âmbito hospitalar estão direcionadas ao planejamento da alta no contexto da SAE, sem especificar de que forma tal atividade é realizada. O professor relata:

Na parte hospitalar, é assistencial. Então, essa coisa a gente não consegue fazer muito. Mais individual assim, uma criança que às vezes está de alta, alguma coisa de cuidado específico. [...] Então não é uma coisa que sempre vai acontecer [...] Então, acaba não tendo tanta oportunidade, mas mesmo assim a gente ainda tenta trabalhar. (P10)

O tema transversal educação em saúde está presente neste módulo de forma bastante expressiva, desde a árvore temática, desempenhos e habilidades e na forma de sequência de atividades a serem desenvolvidas pelos estudantes em diferentes momentos. Observamos um destaque maior para as atividades educativas desenvolvidas na unidade Atenção Básica à Saúde da Criança e do Adolescente, com uma sequência de atividades específicas sobre educação em saúde que propicia ao estudante a prática do tema, além das situações do contexto hospitalar que envolvem o planejamento de alta e exigem a abordagem do papel educativo do enfermeiro.

Outro módulo que também ocorre no segundo semestre do terceiro ano é o Saúde da Mulher e Gênero – 6MOD092 (D12). Nele se propõe o estudo da Assistência Integral à Saúde da Mulher no campo delimitado pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com atividades práticas assistenciais que respeitem o processo de trabalho embasado na integralidade da assistência. Propõe-se que esses estudos e práticas sejam dirigidos à mulher em idade reprodutiva, desde o início da atividade sexual até o climatério e pós-climatério, grávida ou não grávida, com suas necessidades biopsicossociais trabalhadas em conjunto, compreendendo atividades em pré-natal, parto, puerpério e aleitamento materno, planejamento familiar, prevenção e detecção precoce do câncer cervicouterino e de mamas e das ISTs, assistência ginecológica e atividades educativas que alicercem atitudes e práticas em saúde. O desenvolvimento de tais conteúdos teóricos e práticos deve estar alicerçado na discussão de indicadores e políticas de saúde da área da Saúde da Mulher (D12).

O módulo não expõe explicitamente como é trabalhado o tema transversal educação em saúde com os estudantes. Na descrição dos

desempenhos e habilidades, em vários momentos observamos atividades de orientações, tanto na atenção básica quanto hospitalar, entretanto sem a discussão teórica ou metodológica de tal atividade. Consideramos que toda a construção do módulo tem caráter de discussão da participação da mulher nas decisões que envolvem a sua saúde, o que necessariamente inclui um processo educativo em saúde.

Podemos observar neste módulo uma distância entre o que está descrito no caderno de planejamento e as práticas que efetivamente estão sendo realizadas, segundo relatos de professores e estudantes:

A gente faz toda a parte de planejamento familiar, de orientação, de educação em saúde, a gente tem a parte de DST, preventivo de câncer de colo de útero e de câncer de mama, autoexame [...] como o número de alunos para entrar no consultório é pequeno, que é para a privacidade da paciente, enquanto uns estão atendendo dentro do consultório, outros já estão fazendo sala de espera, orientação sobre autoexame, sobre a importância da prevenção [...] Mas a gente não usa mais o termo palestra, a gente usa sala de espera... usa álbum seriado, a mama amiga [...] isso é a parte da saúde de câncer de colo de útero e de câncer de mama. [...] Aí tem a visita domiciliar, geralmente para as puérperas, para fazer umas orientações, fazendo as orientações em casa e para família, até a parte do aleitamento materno, que a gente faz muito em educação em saúde. Na parte hospitalar tem a parte do pós-parto, dos cuidados com o bebê, que dá impressão que a pediatria que faz, mas fica mais com a gente, porque o alojamento conjunto é nosso, toda a parte de educação de cuidados com o bebê desde como dar banho, como cuidar do coto umbilical, os cuidados com quedas, a parte do aleitamento e a parte de cuidados da mãe, desde a abstinência sexual, tem bastante planejamento familiar, questão de cuidados, tem toda essa parte.
(P2)

E a coleta de citologia oncológica também! Preventivo, porque a gente está orientando sempre, mais de 40, 35 anos ou mais com risco na família, fator de risco grande, a gente orienta que tem que estar fazendo mamografia todo ano, essas coisas. Mesmo que a pessoa não tenha nada, tem que orientar essas coisas.
(G4E7)

Desta forma, na terceira série, o tema transversal educação em saúde continua presente em todos os módulos, de forma mais expressiva. São desenvolvidas atividades educativas programadas no âmbito da atenção básica, de forma intencional e que propicia ao estudante a possibilidade da prática, assim como no segundo ano. Outras atividades como planejamento e orientações de alta e consultas de enfermagem continuam a exigir do estudante habilidades de

comunicação, escuta, empatia, entre outras. Além disso, a diversidade de estratégias de ensino-aprendizagem, próprias do CI, oportuniza o desenvolvimento dessas e de outras habilidades.

Salientamos que, até esta série, o único momento em que encontramos nos documentos abordagem conceitual do tema transversal em estudo foi no PIM, na primeira série.

☐ QUARTA SÉRIE

Esta série compõe-se de quatro módulos: Doenças Transmissíveis: prevenção e cuidado; Saúde Mental: ações de enfermagem nos diversos níveis de assistência; Cuidado ao Paciente Crítico e Internato de Enfermagem (área hospitalar e saúde coletiva).

O módulo Doenças Transmissíveis: Prevenção e Cuidado – 6MOD093 (D13) tem seu foco principal na assistência de enfermagem aos indivíduos portadores de doenças transmissíveis e na prevenção e controle destas. Visa desenvolver competências relacionadas ao atendimento de indivíduos portadores de doenças transmissíveis, considerando-se o perfil epidemiológico da região e do país. A diversificação dos campos de prática permite ao estudante o conhecimento dos vários serviços voltados ao atendimento e à prevenção de doenças transmissíveis (D13).

A educação em saúde está presente na árvore temática do módulo e nas habilidades relacionadas ao atendimento ambulatorial de pacientes portadores de IST/aids, hanseníase e tuberculose, quando o estudante realiza ações de promoção e proteção à saúde relacionadas aos casos atendidos. Esse desempenho é considerado essencial para o processo de avaliação. Além disso, nas orientações referentes às atividades realizadas em cada campo de estágio, a educação em saúde é descrita como uma das que compõem as atividades do campo ambulatorial do Centro de Especialidades.

Em vista disso, podemos observar ser este um módulo que tem contribuído para a efetivação do aprendizado em educação em saúde na proposta do CI, conforme relatado pelo professor:

A gente consegue, porque a gente tem um espaço reservado para consulta de enfermagem, e a gente faz isso. Dá uma aula teórica para o aluno, teórico-prática, com discussão de caso clínico. A gente tem um manual que eles fazem leitura, que é o manual do Ministério da Saúde. Eu faço um levantamento com eles dos pontos mais importantes que tem que ensinar o paciente, educar realmente o paciente sobre a doença dele [...] Então a gente pontua, eles fazem até umas listinhas, e eles levam esses pontos importantes da educação para a consulta com o paciente [...] Eu faço a primeira exposição de como seria educar esse paciente, então a gente fica em torno de uma hora com esse paciente quando tem uma oportunidade, de pegar um paciente que acabou de ter um diagnóstico [...]. Através de um diálogo com ele, levanta as dúvidas e aí a gente vem fazer orientações em saúde, e eu acredito que isso é uma educação. [...] Muitas vezes, eles preparam, eles pegam o material informativo... Por exemplo, o ano passado eles fizeram sobre os principais sintomas da hanseníase, que é uma doença que é negligenciada, então eles prepararam o material, eles usaram a sala de espera do ambulatório para divulgar esses dados. (P4)

Os estudantes reforçaram em suas falas, como uma das experiências significativas, as atividades desenvolvidas no ambulatório:

Uma vez, no módulo de Moléstias Infecciosas, quando a gente passou pelo ambulatório, eu lembro que nós estávamos conversando com portadores de HIV, que acabou desenvolvendo a doença, e a professora pediu para que nós fizéssemos algumas orientações para essa população. (G4E2)

O módulo Saúde Mental: ações de enfermagem nos diversos níveis de assistência — 6MOD094 (D14) tem seu foco principal nos determinantes dos transtornos mentais, nas psicopatologias e na assistência de enfermagem ao indivíduo em sofrimento psíquico, em diferentes serviços de saúde, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, o que possibilita o desenvolvimento de habilidades em processos interpessoais que contribuem para que o indivíduo com transtornos mentais e/ou em processo de crise reencontre seu potencial para o equilíbrio dinâmico de que necessita para viver, por meio de ações interdisciplinares, intervenções terapêuticas, psicofarmacológicas, psicoterápicas e sociais.

As unidades propostas visam proporcionar os conhecimentos teórico-científicos para que o estudante desenvolva habilidades na prática do cuidar por meio de uma assistência de enfermagem humanizada e de qualidade, colaborando na formação de enfermeiros nas dimensões da competência clínica, na assistência ao paciente e seus familiares, com responsabilidade social e nos parâmetros ético-legais.

O módulo está ancorado em cinco competências principais. Espera-se que o estudante desenvolva ações de promoção, prevenção e orientações de saúde mental, tanto para o portador de sofrimento psíquico, como para sua família, além de ações sistematizadas de enfermagem para o cuidado do indivíduo com transtornos mentais, considerando: sua singularidade, os determinantes do processo saúde/doença, os princípios da bioética, a organização dos serviços de saúde, o processo de trabalho em enfermagem e os preceitos éticos e legais que regem a profissão. Para isso, espera-se que o estudante utilize, na assistência de enfermagem, o raciocínio clínico e investigativo e as habilidades técnicas de relacionamento interpessoal. Almeja-se, ainda, que o estudante busque recursos e alternativas para propor soluções diante de novos problemas, assumindo a responsabilidade pelo seu aprendizado, e compreenda a dinâmica organizacional do sistema de saúde para o atendimento de saúde mental no Município.

Estão propostas 12 unidades no módulo, as quais visam oportunizar conhecimentos teórico-científicos ao estudante para que ele desenvolva habilidades na prática do cuidar, pela assistência de enfermagem humanizada e de qualidade.

Podemos observar que este módulo não traz a educação em saúde de forma explícita em seu caderno de planejamento, entretanto, ao destacar como uma de suas competências *ações de promoção, prevenção e orientações de saúde mental, tanto para o portador de sofrimento psíquico, como para sua família*, incorpora como atividade intrínseca o agir educativo. Essa percepção é corroborada pela fala de um professor do módulo:

O que acontece, principalmente nas práticas, é a educação em saúde! Porque como a gente não tem uma unidade psiquiátrica, os pacientes que estão no HU e que nós acompanhamos são comorbidades psiquiátricas, então ele está ali porque estava em síndrome de abstinência alcoólica, caiu e quebrou a perna e foi para ortopedia. Então, é esse tipo de paciente que está ali. Então, a atuação dele é educação em saúde, porque é passar, conversar, acolher a queixa, ensinar, trabalhar os sentimentos, trabalhar toda essa questão do uso, nesse exemplo, do uso dessa substância que ele sai, dos recursos que tem lá, o que ele vai fazer depois. [...] Nos outros campos também, porque o trabalho do CAPS também é esse, é pegar aquele indivíduo que não está habilitado psicossocialmente, reabilitar ele dentro do processo de oficina. Então, a reabilitação psicossocial é um processo de aprendizado, porque ela tem três campos: é a moradia, trabalho, e relações. Então, se você está trabalhando, aprender um trabalho, isso é educação e isso reflete na saúde. (P7)

Os alunos da quarta série fizeram menção a esse módulo como uma experiência significativa de aprendizagem, relatando inclusive práticas não destacadas pelo documento, como participação em grupos de tabagismo no ambulatório e palestras em UBS e no CAPS.

Em Saúde Mental, também [deu palestra], a gente foi para a UBS, e também para o CAPS, para o AHC, onde a gente participou do grupo de tabagismo. (G4E5)

O módulo Cuidado ao Paciente Crítico — 6MOD095 (D15) introduz conteúdos e ações de alta complexidade que têm impacto nos índices de morbimortalidade e são necessárias à formação do enfermeiro generalista. Além de conteúdos teóricos, os estudantes desenvolvem práticas, tanto em laboratórios especializados para treinamento, como em UTIs adulto e pediátrica, pronto-socorro (PS) geral e, eventualmente, em outras unidades.

Os estágios contribuem para a reflexão e a discussão sobre o cuidado humanizado, que envolve o usuário, a família e a equipe de saúde. Os atendimentos são fundamentados em protocolos específicos para situações de emergência. A sistematização da assistência de enfermagem e os estudos de casos contribuem para o desenvolvimento do raciocínio clínico-epidemiológico e aprimoram os princípios que norteiam a bioética.

Este módulo é dividido em três unidades. A primeira aborda situações de alta complexidade clínica e cirúrgica, envolvendo o adulto e a criança. A segunda enfoca o atendimento ao trauma na fase intra-hospitalar, e a terceira, a

assistência em casos de parada cardiorrespiratória, em suas diferentes modalidades.

A educação em saúde não é contemplada neste módulo de forma explícita. Algumas estratégias de ensino-aprendizagem com o uso de metodologias ativas e simulações desenvolvem a capacidade de trabalho em grupo, a comunicação e a criatividade, o que pode também contribuir para o desenvolvimento do tema transversal. Há que se considerar a especificidade da alta complexidade deste módulo, cujo foco está direcionado a outras competências e a outros temas transversais.

O professor, ao discorrer sobre as práticas do módulo, não enfatiza a educação em saúde como sendo uma prática recorrente, embora acredite que, em algumas situações e em alguns contextos específicos, seja possível aplicar:

Acredito que a gente aborda e não aborda [risos]... Toda vez que nós vamos abordar uma temática, como cinemática do trauma, nós falamos de alcoolismo, hábitos de vida... Quando falamos de infarto e de todas as outras situações que trabalhamos no módulo, foi por uma falta de cuidado com a saúde prévia, e nós retomamos isso. Então, nós fazemos uma educação em saúde com o estudante e quando esse estudante vai para o campo, como por exemplo, o PS, e vai acolher esse paciente, ele vai fazer várias orientações, de ambiente, de saúde, de necessidades de saúde, de alta, várias delas... (P11)

Os estudantes não fazem menção a experiências significativas de aprendizagem em educação em saúde neste módulo.

O último módulo da quarta série do CI de Enfermagem da UEL é o Internato de Enfermagem – 6EST560, que se inicia no final do primeiro semestre e termina no final do segundo semestre desta série. Esse módulo, considerado como experiência pré-profissional, atende as DCN/ENF e o PPC estabelecido para o curso.

Neste módulo, em virtude da integração ensino-serviço-comunidade, o estudante passa seus últimos seis meses de curso em unidades de saúde, tanto da área hospitalar como da atenção básica, e, nesses espaços,

vivencia os processos de trabalho, desenvolve o papel de enfermeiro como gerenciador do cuidado e participa das questões administrativas, além de cuidar, diretamente, do usuário do serviço de saúde.

Os internos vão individualmente para as unidades de atendimento hospitalar, e em trios para as UBSs, quando cada um atuará em uma microárea. No local onde implementa suas ações, o estudante vivencia o papel do enfermeiro e desenvolve todas as atribuições profissionais que este lhe confere. Para que a integração do ensino com o serviço atenda as necessidades da comunidade, alguns atores estão envolvidos nesse processo: o coordenador do módulo⁹, o professor¹⁰, o enfermeiro coordenador do campo de estágio¹¹ e o interno de enfermagem¹².

As atividades de aprendizado acontecem em dois momentos: na prática dos campos de estágio, de segunda à quinta, e em sala de aula, nas sextas-feiras, pela manhã.

O internato está dividido em duas grandes unidades: o Internato da Área Hospitalar e o Internato da Saúde Coletiva. Os documentos das unidades não são unificados no mesmo arquivo, por isso, para representar o Internato da Área Hospitalar, a sigla do documento foi D16, e para representar o Internato da Saúde Coletiva, a sigla foi D17. Ambos os cadernos, D16 e D17, retomam os 12 temas transversais do CI.

A apresentação do Internato de Enfermagem – Área Hospitalar (D16) difere das demais, pois são expostos os desempenhos esperados dos estudantes, seguidos pelos temas transversais que aqueles contemplam. Isso

⁹ Responsável pela implementação do módulo e pelo processo de avaliação do estudante, respondendo legalmente por ele (VANNUCHI; MELCHIOR, 2013).

¹⁰ Faz a conexão entre o serviço e o estudante. É um facilitador do aprendizado (VANNUCHI; MELCHIOR, 2013).

¹¹ Participa de questões referentes ao módulo e orienta o estudante, dentro do processo de trabalho, atendendo o plano de atividades, direcionando-o na realização de atividades relacionadas ao serviço e à comunidade. Ele também participa do processo de avaliação do estudante (VANNUCHI et al., 2014).

facilita a visualização da implementação da seiva em estudo e a compreensão do contexto em que o desempenho está inserido.

Embora os documentos não sejam unificados, a árvore temática é a mesma e se divide entre os dois campos, estando a educação em saúde contemplada no campo da saúde coletiva. O internato da área hospitalar delimita como objeto de ação do estudante a educação permanente. Do mesmo modo, os conceitos-chave nesse documento parecem abranger ainda as duas áreas; por isso a educação em saúde aparece em destaque juntamente com a educação em serviço e a educação permanente em saúde (EPS).

No documento, são retomadas as 12 seivas do CI, apontando que elas serão destacadas ao longo das atividades teóricas e práticas do internato. A seguir, são apresentados os seis desempenhos do módulo com suas respectivas habilidades, realçando as seivas que contemplam.

Destacamos o terceiro e quarto desempenhos que fazem menção à educação em saúde. O terceiro desempenho é descrito como: “Planeja, executa e avalia ações e cuidados de enfermagem estabelecendo uma relação ética, respeitosa e cooperativa com o usuário e a equipe de saúde” (D16), e traz a seiva educação em saúde em destaque, mas sem mencionar, nas habilidades, de que forma isso deve acontecer. Uma das habilidades a serem alcançadas nesse desempenho é o planejamento estratégico a ser aplicado na unidade em que o interno está atuando. Possivelmente a educação em saúde apareça aqui como uma possibilidade de estratégia a ser aplicada no planejamento estratégico.

No quarto desempenho, a seiva tem um destaque maior:

Planeja, implementa e avalia ações de educação em saúde, educação permanente em saúde e educação em serviço, com a participação da equipe de saúde e dos usuários, propiciando a produção de saberes e a melhoria da qualidade da atenção (D16).

¹² Deve cumprir as exigências organizacionais e as atividades do módulo, zelando e se responsabilizando pela manutenção das instalações e dos equipamentos utilizados durante o internato, mantendo postura ética (VANNUCHI et al., 2014).

Podemos observar que, embora a educação em saúde esteja mencionada no desempenho e seja uma seiva em destaque, ela não é descrita nas habilidades:

Desenvolve ações de educação em serviço de acordo com as necessidades específicas apontadas pela coordenação/direção do serviço de saúde. Desenvolve ações de educação permanente sempre que a equipe levanta um problema relacionado ao processo de trabalho da unidade. Participa de ações de educação continuada sempre que surgir na unidade (D16).

Na sequência, o documento traz as habilidades a serem alcançadas pelos internos semanalmente, durante as atividades práticas; na nona e décima semanas, refere o desenvolvimento de ação educativa individual/coletiva com paciente, família e equipe de saúde, bem como a participação em programas de educação em saúde e educação permanente em serviço, se possível (D16). Observa-se que, no documento, não se estabelece a diferença conceitual e/ou operacional entre educação em saúde e educação permanente. Esse fato foi também mencionado pelo professor do módulo:

Mas onde a gente mais trabalha com a educação em saúde é nessa primeira parte do jornal falado, onde discute bastante a questão do processo de trabalho, da prática. [...] Específico não. A gente pede para eles fazerem um planejamento estratégico. Muitos deles fazem como atividade de planejamento uma educação em serviço. Então, a gente observa isso na prática do planejamento estratégico. Muitos deles fazem orientação de alta, orientação para os acompanhantes, orientação do que pode ou não trazer para o hospital, toda essa questão [...] A gente não estipula que seja uma ação de educação em saúde, permanente, continuada, mas isso acaba aparecendo. [...] Para eles não é muito claro não a diferença de educação continuada, permanente e em serviço [...] Eu vejo isso com os internos e eu vejo isso com os residentes. [...] No internato, a gente não aborda essa diferenciação. Inclusive é algo que, pensando agora, a gente precisa abordar. A gente aborda só na residência. No internato a gente vai sanando as dúvidas dele, ou em algumas oportunidades, se tiver, a gente fala, a gente explica. Mas um tema, um dia específico, determinado para trabalhar educação permanente, continuada e em serviço a gente não tem. [...] A gente trabalha e discute em cima de dúvidas, a gente manda textos, vídeos, materiais... Mas a gente tenta trabalhar sempre. (P3)

Nota-se que o internato da área hospitalar, embora traga em seu documento a educação em saúde de forma explícita em seus desempenhos e

habilidades, não foi lembrado pelos estudantes como experiência significativa de aprendizagem para o tema.

Por exercer papel relevante na formação do enfermeiro, o internato hospitalar poderia ampliar as discussões acerca da função educativa, pois, mesmo o documento trazendo essa abordagem, a fala do professor e a ausência de experiências significativas por parte dos estudantes, mostraram que provavelmente as discussões estejam direcionadas apenas para a intencionalidade do professor ou para as demandas do campo de atuação. Uma possibilidade é que, muitas vezes, como o próprio professor relatou, o hospital acaba por exercer mais atividades de educação continuada, e a educação em saúde com os usuários acaba ficando apenas como uma opção. Isso pode gerar até mesmo confusões conceituais.

O Internato de Enfermagem – Área Saúde Coletiva (D17) é desenvolvido de forma semelhante ao da área hospitalar, mas com o enfoque na atenção básica. As áreas de conhecimento dessa unidade do módulo abrangem: enfermagem, administração, saúde coletiva, ética/bioética, deontologia, epidemiologia, organização dos serviços de saúde. O interno desenvolve ações de planejamento, organização e assistência, nos serviços de saúde e de enfermagem, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir das necessidades de saúde do indivíduo, da família, da comunidade e da organização dos serviços, tendo como princípios a integralidade da atenção e o acolhimento (D17).

Da mesma forma que no internato da área hospitalar, o documento explicita de forma comum a árvore temática, diferenciando a educação em saúde para a área da saúde coletiva e a educação permanente para a área hospitalar, e os conceitos-chave em que a educação em saúde tem destaque. Os desempenhos também são semelhantes, com uma redação um pouco diferente, mas também aqui há ênfase para a educação em saúde, ainda que não sejam destacadas as seivas para as quais esses desempenhos estão inseridos. Elas aparecem listadas na sequência.

Dos seis desempenhos listados, dois envolvem direta ou indiretamente a seiva em estudo; o primeiro destaca a avaliação das necessidades coletivas de saúde da população do território, em conjunto com a equipe de saúde, visando orientar as práticas de cuidado. O quinto desempenho levará o estudante a planejar, implementar e avaliar ações de educação em saúde, educação permanente em saúde e educação em serviço, com a participação da equipe de saúde e dos usuários, propiciando a produção de saberes e a melhoria da qualidade da atenção (D17).

O documento apresenta, na sequência, uma divisão de atividades teóricas e seus respectivos desempenhos divididas por áreas de competências, a saber: o processo de trabalho da UBS, supervisão de enfermagem na atenção básica/ESF, territorialização e diagnóstico comunitário, atividades gerenciais. Nessa apresentação é possível identificar desempenhos relacionados à seiva educação em saúde.

Assim, na área de competência *processo de trabalho da UBS*, por exemplo, o estudante realiza as consultas de enfermagem para diabéticos, acompanhando os insulino dependentes, inclusive no domicílio, fazendo orientações de aplicação, acondicionamento, rodízio e armazenamento da insulina, dentre outras. Ele realiza ainda consultas de puericultura, pré-natal de baixo risco, planejamento familiar, controle de câncer de colo de útero e mama, hipertensão arterial e asma. Na área de competência *atividades gerenciais*, o estudante deve desenvolver atividades de educação em saúde com grupos e comunidade da base territorial da UBS/USF (creches, berçários e escolas, associação de moradores, conselho local de saúde e outras instituições) em parceria com a odontologia. É nessa área de competência que está alocada a atividade teórica para discussão do conceito de educação em saúde e educação permanente em saúde.

Em todas essas oportunidades, é possível estabelecer com os usuários uma relação de troca de saberes que contribui na formação do estudante para as práticas educativas.

As estratégias utilizadas em sala de aula e o processo de avaliação têm as mesmas características do internato hospitalar, preservando as particularidades do processo de formação na atenção básica. São utilizados a situação problema e o jornal falado¹³ para a problematização das questões teóricas em sala de aula e na avaliação; o portfólio também faz parte da avaliação formativa.

O interno também é avaliado na sexta e décima segunda semanas por meio de um instrumento do tipo checklist. Nesse instrumento, estão listados os desempenhos citados anteriormente. Não são citadas bibliografias referentes ao tema. Dessa forma, não é possível saber qual referencial de educação em saúde está sendo abordado e nem quais tipos de estratégias são utilizados pelos estudantes nas práticas desenvolvidas.

A fala do professor traz questões amplas da discussão desse processo de formação:

O internato tem desempenhos específicos: o interno tem uma atividade de educação em saúde, e uma de educação permanente pra cumprir; nem todos cumprem. E tem uma aula teórica que eles discutem essa diferença da educação permanente... fica mais a educação permanente, mas acho que aborda a questão da educação em saúde. E como esse aluno vem já com outro aparato de desempenho já resolvido, eu acho que ele consegue olhar de uma forma mais ampla, e ter esse discernimento. E, é interessante, que a gente consegue discutir com eles também, quando a gente fala em educação em saúde, de retomar como é que aprende e que tem que retomar de novo o processo saúde doença, porque às vezes ainda vem essa questão de outra visão que “não faz porque não quer”[...] Mas eu acho onde a gente consegue fazer essa junção melhor mesmo, é no internato. Que aí ele tem maturidade, ele já não está com aquela ânsia grande do domínio técnico. Então ele consegue olhar o todo. Acho que o internato, a gente consegue tirar o telhado da unidade, e mais, se consegue pegar um helicóptero e olhar o território inteiro e ver como são as diferenças. E daí ele consegue ver o usuário que tem acesso, como é que é, como ele vive, como ele responde aos cuidados que ele precisa ter de saúde, quem não responde, porque é assim... Então acho que a gente retoma, discutindo a partir dessa realidade. E são inúmeras as oportunidades, desde daquilo que o aluno traz que tem mais significado, desde um pré-natal que ele faça, você consegue discutir isso, que às vezes ele traz essa angústia para o portfólio até, do pré-natal, que é assim, é a condição de vida daquela mulher afetando diretamente.

¹³ Momento de síntese em que os estudantes trazem suas experiências positivas e negativas referentes aos campos em que estão estagiando. Eles têm um tempo determinado para realizar a exposição dessas ideias. Após isso, o grupo busca soluções para os problemas levantados. Essa atividade é vista como uma forma de esses alunos socializarem os sentimentos e dificuldades frente às várias situações vivenciadas na prática (VANNUCHI et al., 2014, p. 109).

Você consegue discutir, até a partir da classificação de risco: “Olha, essa aqui é aquela que você precisa, é compreender por quê e aí como ela não consegue mudar a realidade dela”... A gente tem que fazer nosso papel como profissional, assim, cercar ao máximo, porque eles por si só não vão conseguir mudar essas realidade. (P8)

Os estudantes falaram do módulo como um dos que deixaram experiências significativas de aprendizagem em educação em saúde:

Fizemos uma educação em saúde com idosos da LBV durante o internato da saúde coletiva sobre hipertensão. Foi maravilhoso. Todos interessados, fazendo perguntas. Me deixou muito feliz, pois pude ver que isso fez diferença na vida deles. (G4E7)

Uma experiência significativa de educação em saúde para mim foi uma intervenção que fizemos em uma creche durante o internato de saúde coletiva, pois logo após o término da atividade já pude notar o aprendizado que deixei. Tive um retorno positivo no momento. (E6)

Realizei uma atividade de educação em saúde no internato de saúde coletiva em uma creche sobre higienização. (E15)

Este módulo contempla, em um dos encontros teóricos, o debate acerca dos conceitos de Educação em Saúde, Educação Permanente e Educação Continuada. Com o objetivo de aproximar-se desse momento formal de teorização do conceito de Educação em Saúde no currículo, fez-se a observação dessa atividade, descrita a seguir.

1ª ETAPA – Em roda, a professora pediu que eles escrevessem o que entendiam pelos três temas. A sala estava dispersa, desinteressada e pediram para falar, em lugar de escrever — pedido aceito pela professora. Uma estudante definiu os três termos corretamente, mas a professora mudou de ideia e pediu que eles voltassem a escrever no papel, talvez para não comprometer a dinâmica proposta inicialmente. Nesse momento, percebo uma estudante ao meu lado pesquisando os conceitos no tablet e outra no celular, sem que a professora percebesse. Logo em seguida, ela apontou alguns alunos, nominalmente, para definir educação em saúde. Nesse momento, observo que, mesmo com a citação de alguns conceitos errôneos, a professora não interfere (como parte da estratégia). Na sequência, alguns alunos definem educação continuada e depois educação permanente. Uma das definições parecia retirada de um livro, de tão “perfeita” e pouco espontânea. A professora perguntou qual dos três conceitos eles mais observavam nos campos de prática e eles foram unânimes em responder que é Educação Permanente em Saúde. (DC, 24/10/14).

2ª ETAPA – A professora pediu a um estudante que fosse observador (que se retira da sala) e dividiu os estudantes em três grupos. Para cada grupo, ela deu um pequeno texto para leitura e discussão, que abordava diferentes situações de educação em saúde. Na sequência, na presença

do observador, os três grupos apresentaram a situação. Após a apresentação, a professora fez a discussão dos conceitos teóricos de cada situação, associando as diferentes fases da educação em saúde. Na primeira situação, foi descrita a história do sanitarista Oswaldo Cruz e a vacina da varíola, no início do século XX, período marcado por uma educação higienista, caracterizada pelo autoritarismo, obrigatoriedade, imposição, falta de informação, medo, falta de diálogo, resistência à adesão da proposta, revolta, falta de respeito. Na segunda situação, o texto trouxe a descrição da educação em saúde desenvolvida em um grupo de hipertensos na década de 50-60, quando prevalecia a linguagem técnica, ou até a falta de informação, falta de abertura para questionamentos, obrigatoriedade de participação, imposição, profissionais de saúde como “donos do saber”. Essa fase ficou conhecida como educação sanitária. A terceira situação apresentava um grupo de hipertensos dos dias atuais, enfatizando a liberdade dos usuários em se manifestar no grupo, interação com a equipe, acolhimento, linguagem simples, fácil discernimento, autonomia do usuário, preocupação da equipe com o bem-estar do usuário, abordagem além da doença, adesão e participação, identificação dos casos. É uma educação em saúde com ênfase na educação popular.

3ª ETAPA – A professora solicitou que eles discutissem o texto que ela tinha enviado para leitura prévia sobre o processo ensino-aprendizagem em educação em saúde. Entretanto, por um mal-entendido, eles não receberam a informação e não leram o texto, e ela teve que apresentar o contexto. Nesse momento percebo os estudantes bastante dispersos e desinteressados.

4ª ETAPA – A professora pediu que eles formassem os grupos de estágio das UBSs e planejassem uma atividade de educação em saúde. Alguns estudantes relataram que já implementaram essa atividade na sua UBS. Então a professora pede que eles reflitam sobre o que fizeram, se seguiram as etapas, ou o que poderiam ter feito de diferente.

5ª ETAPA – Depois que todos os grupos finalizaram, eles apresentaram seguindo a proposta: tema escolhido, público-alvo e o planejamento para cada fase. Nessa etapa, com a apresentação dos grupos que já tinham realizado a atividade, percebe-se que quase todos tinham desenvolvido uma atividade de educação continuada. A professora não discute esta questão. Até esse momento, ainda continuavam a refletir sobre qual seria o conceito de educação em saúde.

6ª ETAPA – A professora inicia a teorização sobre Educação Permanente e Educação Continuada. Na sequência pede que eles se dividam em dois grupos (um para Educação Permanente e outro para Educação Continuada) e respondam as seguintes questões: 1- É direcionada a quem? 2 - Qual o objetivo? 3 - Que metodologia utiliza? 4 - Quais os resultados esperados? 5 - Descreva uma situação na UBS que retratou essa situação.

7ª ETAPA – No momento da apresentação e discussão, os estudantes conseguiram responder, mesmo com alguma dificuldade até o item 4. Entretanto, não conseguiram elencar exemplos de educação permanente em saúde, reportando-se sempre a situações de educação continuada. Nesse momento, a professora aborda a diferença entre os três conceitos (incluindo também educação em saúde), enfatizando que eles, a partir de conhecimentos prévios, ainda estavam fazendo confusão entre os três conceitos. O mais claro para eles é o conceito de educação continuada.

8ª ETAPA – A professora fez um relato da experiência com suas pesquisas de mestrado e doutorado falando do projeto do Ministério da Saúde sobre Educação Permanente em Saúde – EPS em movimento – do qual é tutora. Fez avaliação da aula, que, na opinião dos alunos, foi produtiva e esclarecedora. Apesar da confusão com o cronograma e com isso a não leitura dos textos, eles avaliaram que tanto a dinâmica da aula quanto o tema foram muito bons.

O internato em saúde coletiva parece estar cumprindo o seu papel na formação dos estudantes para a educação em saúde. Embora o documento não explicita de que forma desenvolver as estratégias para que o estudante compreenda o seu papel de educador, ao participar da atividade teórica foi possível observar que são discutidos todos os modelos de educação em saúde e as abordagens mais efetivas. A fala dos estudantes relacionando o módulo às suas experiências significativas de aprendizagem também reforça essa percepção e consolida a estratégia de ensino aprendizagem adotada.

A quarta série completa, assim, o processo ensino-aprendizagem em educação em saúde com o tema transversal sendo abordado em praticamente todos os módulos da série. Em alguns, de forma indireta, por meio dos desempenhos e habilidades que continuam reforçando as potencialidades para o processo educativo; em outros, com o tema transversal presente explicitamente na árvore temática, na ementa, nos desempenhos e habilidades, nas sequências de atividades e nos instrumentos de avaliação, com destaque para o internato de Saúde Coletiva, quando o estudante deve desenvolver uma atividade de educação em saúde na UBS em que atua em parceria com a enfermeira da unidade. É nesse módulo também que ocorre a discussão teórica do tema, juntamente com a discussão da educação permanente em saúde. Observamos que essa teorização poderia ocorrer também em outros momentos em séries anteriores.

☐ ATIVIDADES EXTRACURRICULARES: PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE EXTENSÃO, PESQUISA E ENSINO

Embora não contemple a formação de todos os estudantes, as atividades extracurriculares, particularmente os projetos de extensão, foram

citadas pelos estudantes como significativos na sua formação para educação em saúde. Os professores também enfatizaram a importância dessas atividades como contribuição na formação prática do enfermeiro educador.

O objetivo era sempre que eles ensinassem o cuidador e o idoso a fazer a ação. Eu sinto que foi um dos momentos do grupo em que realmente a gente educou os alunos para atuarem como educadores em saúde em equipes multiprofissionais. Para mim, aquele momento com aquele grupo de alunos, a gente conseguiu dizer para eles: “Olha, educação em saúde existe, é possível, e especialmente é muito bom que seja multidisciplinar”. Tanto que até guardo, tenho colado no meu caderno lá do projeto, um retorno de um aluno da medicina, que ficou com a gente uns dois ou três anos no projeto. Ele amava o projeto e depois de formado mandou: “Professora, hoje eu atuo num hospital secundário, eu nunca esqueço o que eu aprendi no projeto sobre trabalho em saúde e educação em saúde. Eu sou diferente dos meus colegas porque eu aprendi no projeto, então eu devo isso à senhora”. (P5)

Eu participei de um projeto de extensão com idosos, e a gente trabalhava com a capacitação de cuidadores de idosos na comunidade, para leigos. Nós, alunos do projeto, tínhamos aula com a chefe da pastoral dos idosos, que nos ensinava, e depois nós íamos às reuniões da pastoral para ensinar os cuidadores. (G4E3)

Devemos considerar que a formação do profissional se dá pelo conjunto das experiências vivenciadas no ambiente acadêmico e fora dele, por isso todas as atividades, sejam de pesquisa, sejam de extensão, sejam de ensino, contribuem nesse processo. As DCN/ENF, em seu art 9º, enfatizam que:

O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001, p. 5).

Nesse aspecto, o curso de Enfermagem tem oferecido aos estudantes diversas oportunidades de se inserirem nos mais variados projetos de ensino, pesquisa e extensão.

A análise da trajetória pela qual o estudante do CI é conduzido para a formação em educação em saúde possibilitou uma reflexão na perspectiva do conhecimento pertinente proposto por Edgar Morin. O conhecimento pertinente

se refere à capacidade de situar qualquer informação em seu contexto e, se possível, no conjunto em que a capacidade está inscrita (global). Assim, para que um conhecimento seja pertinente, ele precisa evidenciar: o contexto, o multidimensional, o global e o complexo (MORIN, 2015).

O contexto deve ser capaz de propiciar que dados e informações isoladas adquiram significados e sentidos, possibilitando a compreensão do objeto estudado. O estudante só apreende os conhecimentos quando são contextualizados, pois conhecer um dado isolado não lhe permite alcançar o entendimento do todo (MORIN, 2011).

Na primeira série, observamos que os módulos, com exceção do módulo Aspectos Morfofisiológicos e Psíquicos do Ser Humano, buscam explorar o contexto da educação em saúde na formação do enfermeiro. Mesmo que os documentos não expressem uma intencionalidade clara e explícita para isto, ao abordarem questões de forma contextualizada, contribuem para o desenvolvimento de habilidades para a prática educativa. Entretanto podemos observar que o módulo A Universidade e o Curso de Enfermagem e o PIM I revelam esta intencionalidade de forma mais explícita, enquanto o módulo Processo Saúde e Doença, mesmo tendo sido lembrado pelos estudantes nas experiências significativas de aprendizagem, oferece recursos para o desenvolvimento de habilidades e promove reflexões sobre o ser humano, que será o protagonista das ações educativas.

A primeira série, portanto, na perspectiva do contexto, tem cumprido com a proposta de apresentar ao estudante, de forma crescente e com sucessivas aproximações, o que é a profissão e como as práticas educativas se inserem nesse conjunto de atividades que lhe são devidas. No módulo PIM, observamos que são planejadas e implementadas atividades de educação em saúde, inclusive com a teorização do conceito e reflexões teóricas sobre o tema, por meio da reformulação ocorrida em 2014, corroborando o que dizem Rosa et al (2006) sobre ser indispensável a apropriação de referenciais teóricos sobre educação em saúde, durante o curso de graduação de Enfermagem.

Na segunda série do curso, dos cinco módulos, o módulo Práticas do Cuidar, mais especificamente a unidade “Construindo Subsídios para a Atenção Integral à Saúde Sexual e Reprodutiva” oferece de forma concreta atividades que auxiliam o estudante a contextualizar a educação em saúde. A atividade de educação em saúde planejada e desenvolvida na chamada “Oficina de Sexualidade com Adolescentes” abrange aquilo que Morin considera como contexto, pois consegue dar significado e sentido ao objeto estudado, tendo se tornado uma das experiências significativas de aprendizagem mais lembrada pelos estudantes. Ainda aqui, o contexto se completaria com a teorização do conceito, que não ocorre de forma explícita na segunda série.

O módulo Saúde do Adulto I também inicia os estudantes nas práticas educativas no âmbito da atenção básica com indivíduos com DCNT, de forma contextualizada, dando sentido à proposta apresentada. Embora a educação em saúde esteja presente de forma explícita no módulo Central de Material e Biossegurança, pode-se perceber a falta do contexto na discussão do tema saúde do trabalhador, que, constituindo uma importante prática de educação em saúde, não adquiriu sentido e significado pela não intencionalidade do grupo de professores que atuam no módulo, ou até mesmo, pela falta de discussão acerca da abrangência do conceito.

Os três módulos que compõem a terceira série conseguem contextualizar a educação em saúde em suas práticas, embora os módulos que contemplam atividades na atenção básica — Saúde da Criança e Saúde da Mulher e Gênero — explicitem as atividades educativas com maior intencionalidade nessa área de atuação. O módulo Saúde do Adulto II, com suas práticas exclusivamente hospitalares, embora desenvolva atividades de educação em saúde, como orientações de alta, treinamentos de pacientes e de familiares, o faz de forma implícita.

A quarta série consegue experiências de contexto em quase todos os módulos, principalmente no Internato de Enfermagem. À exceção do módulo Cuidado ao Paciente Crítico, cenário de práticas mais complexas, as experiências

de educação em saúde são situadas dentro de um contexto nos módulos, adquirindo significados para os estudantes.

Assim, ao longo das séries, os estudantes obtiveram aproximações com a educação em saúde em diferentes contextos. No entanto, para que o conhecimento sobre educação em saúde seja pertinente, é necessário, além da compreensão do contexto, o reconhecimento do multidimensional e do complexo (MORIN, 2011, 2015).

A construção do conhecimento perpassa a teoria e a prática, a partir do momento em que o estudante, por meio da interação, da prática social e das diferentes realidades, incorpora no seu agir a responsabilidade da sua aprendizagem. Portanto, ao propiciar ao estudante diferentes métodos de aprendizagem, assim como diferentes cenários de práticas, proporciona-se a ele o aprimoramento de conceitos adquiridos anteriormente, permitindo que saia de si, do lugar comum e se torne agente de mudança e de novos significados, recriando novos saberes e práticas (CORBELLINI et al, 2010).

Morin (2011) atribui ao princípio multidimensional o sentido de várias dimensões inseparáveis. Uma unidade complexa, como o ser humano, por exemplo, é composta de diversas dimensões, como a biológica, a social, a afetiva, a histórica, a racional, a psíquica, entre outras. Nesse sentido, a multidimensionalidade da educação em saúde está relacionada

[...] às suas dimensões filosóficas, políticas, éticas e metodológicas que dão sentido e coerência à práxis de educação popular em saúde, como diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação, compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2013, p. 2).

Na área da saúde e da enfermagem, tradicionalmente sob o enfoque mecanicista e simplificador, o ser humano é concebido em partes/fragmentos/pedaços. Novos referenciais, como a complexidade moriniana, contribuem para a compreensão do cuidado como um sistema complexo, percebido como um fenômeno vital, dinâmico, dialógico e essencial na vida dos seres e do ambiente. Concernente a esses princípios, defende-se a necessidade

de discussão sobre a diversidade humana, o diálogo entre parceiros ou atores sociais, reconhecendo-se as semelhanças e diferenças instituídas biológica, social, política e culturalmente (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

Pradebon et al. (2011) explicam que o ambiente de cuidados se constitui em um sistema organizacional permeado por noções de estruturas e propriedades, as quais giram ao redor do seu núcleo de referência, que sustenta sua autonomia. Os autores destacam a noção de “ambiente de cuidado” e “espaço das práticas dos serviços de enfermagem” e referem que suas derivações são abordadas em um sentido mais amplo, incluindo o ambiente de trabalho regulado pelas normas que visam a garantir situações e procedimentos voltados a uma melhor qualidade dos resultados, do convívio com o meio externo, e à segurança, higiene e saúde laboral. A configuração de um Sistema de Cuidados de Enfermagem nesta abordagem possibilita visualizar as dimensões variadas de cuidado: o cuidar de si, o cuidar de si com o outro, o ser cuidado pelo outro, o sentir o sistema pessoal processar o cuidado do corpo por si próprio, o ser/estar no sistema de relações múltiplas de cuidado e o cuidado com a natureza integrando-se com os demais sistemas sociais/naturais. Eles defendem que essas características podem fortalecer o sentimento de pertença, aproximando os seres na busca de melhor sobrevivência, vitalidade, vida e civilidade humana. Entendemos que essas premissas aproximam-se da multidimensionalidade defendida por Edgar Morin.

A análise dos dados não nos permite, portanto, afirmar que o princípio da multidimensionalidade esteja sendo alcançado em toda a sua potencialidade. Encontramos vivências que abordam várias dimensões da prática da educação em saúde, no entanto a falta de momentos de teorização do tema nas séries e a falta de atividades programadas intencionalmente com o objetivo de refletir sobre a diversidade humana e o diálogo entre os diferentes atores sociais acabam por não permitir a apreensão do objeto de estudo em sua totalidade. Assim, faz-se necessário que os módulos sejam revistos e se reorganizem de forma a inserirem de maneira explícita as diversas dimensões da educação em saúde.

Ademais, quanto ao conhecimento pertinente, o princípio global diz respeito ao todo, que é maior ou menor do que a soma das partes. Para Morin (2008), o todo possui características que não são encontradas nas partes isoladas, ao mesmo tempo em que as qualidades e propriedades das partes podem ser bloqueadas pelos limites provenientes do todo, isto é, existe a presença do todo no interior das partes. O autor também afirma que, para que se compreenda o global, é necessário buscar, na união das partes, as qualidades individuais de cada uma delas, pois separá-las leva à perda da qualidade de global (MORIN, 2011). Assim, quanto à educação em saúde, no CI há que se valorizar cada umas das atividades que vem sendo desenvolvidas, pois possuem seu valor na formação do enfermeiro para essa prática. Resta apenas integrá-las de forma que adquiram sentido global para o estudante, quando vistas no conjunto.

A consequência é o complexo, quando a completude do conhecimento se dá no enfrentamento da complexidade, em que elementos diferentes são inseparáveis do todo e estes interagem e inter-retroagem entre si (MORIN, 2011). Na dimensão complexa do conhecimento pertinente, é possível visualizar a educação popular em saúde a partir de um saber compartilhado, no qual usuários e profissionais da área da saúde têm a sua parte (conhecimento) retroagindo no todo (prática educativa), e o todo na parte. Na formação, esse princípio parece ser o mais difícil de ser alcançado e deve ser o alvo desejado e aprimorado pelas IES.

5.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFESSORES E ESTUDANTES: PERSPECTIVA CONCEITUAL

O segundo tópico trata dos conceitos de educação em saúde para estudantes e professores do CI do curso de Enfermagem da UEL, e expressa a compreensão do corpo social que compõe o currículo em estudo.

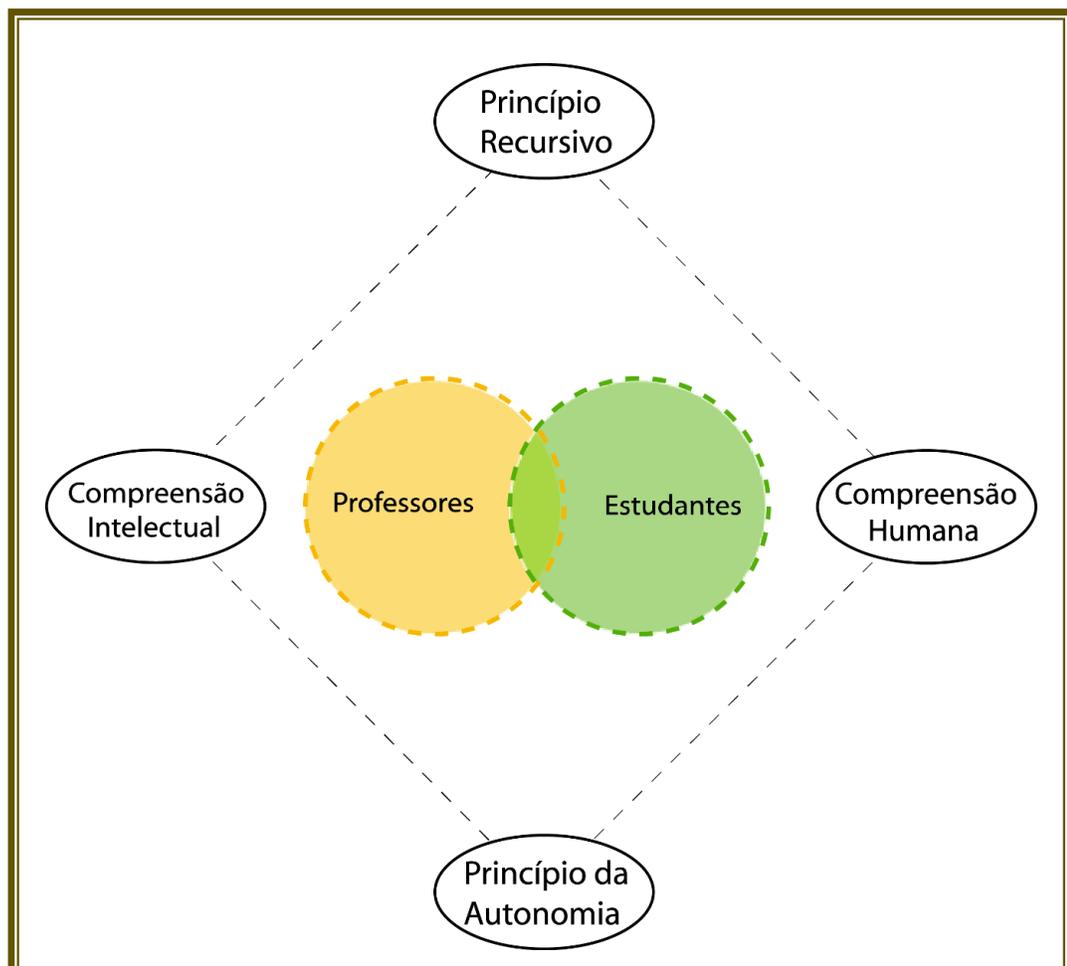
Esse corpo social foi constituído por 11 docentes, sendo um do sexo masculino e dez do sexo feminino. A idade variou entre 30 e 55 anos e o

tempo de docência de seis a 30 anos. Dos 11, apenas quatro participaram do processo de reformulação curricular que resultou na implantação do CI.

Participaram também 45 estudantes da primeira a quarta série do curso, com idade entre 18 e 27 anos, sendo seis do sexo masculino e 39 do sexo feminino.

A Figura 4 demonstra a relação dos conceitos de educação em saúde para professores e estudantes. A intersecção dos círculos representa não só as características em comum dessas concepções, mas também de que forma os princípios recursivo e da autonomia do pensamento complexo são explicativas da relação entre as duas concepções. O conceito de educação em saúde foi também analisado sob o olhar da compreensão humana e intelectual.

FIGURA 4 – Diagrama demonstrativo da Educação em Saúde para professores e estudantes: perspectiva conceitual sob o olhar dos princípios do Pensamento Complexo.



A concepção de educação em saúde desvelada nas falas dos professores abrangeu as características do processo educativo, os sujeitos envolvidos e as finalidades da educação em saúde.

Quanto às características, os professores compreendem a educação em saúde como um processo educativo de construção de conhecimento, para além da transmissão de informações, que envolve a corresponsabilização dos profissionais e dos usuários. O paciente é visto como potencial protagonista do seu próprio cuidado, em um processo de troca de saberes, diálogo, negociação, compartilhando experiências e estabelecendo pactos, sempre considerando a sua realidade. Esses resultados relacionam-se com argumentos defendidos por vários autores, como Vasconcelos (2001), Alves (2005) e a própria PNEP-SUS (BRASIL, 2013), que propõe uma prática voltada para o diálogo entre a diversidade de saberes, em que o saber popular seja valorizado.

Educação em saúde é um processo educativo, de construção de conhecimento, que o profissional vai fazer com a comunidade, com o paciente, com a família, enfim, com todos aqueles que são por ele cuidados, assistidos, de modo que haja uma compreensão. [...] para que ele possa ofertar as informações necessárias. Não só com a finalidade de transmissão, mas com uma finalidade de compreensão, de construção do conhecimento. (P1)

Educação em saúde é troca de saberes. É a imensa capacidade que eu, enquanto profissional, ou que um profissional que tem algum tipo de saber, tem de dialogar e negociar, compartilhar, pactuar... (P5)

Citaram também a oferta de informações necessárias e orientações aplicadas à prática como componentes do processo educativo.

Trazer a informação para o usuário de forma que ele possa raciocinar [...] não é conscientizar, porque eu acho que a palavra conscientizar é forte, mas você

oferecer esse acesso de forma simples para essa pessoa, simples ou da forma que ela entenda, para ela compreender. Se ela compreender e a partir disso ela tiver condições de mudar esse hábito, aí eu acho que é válido, aí ela escolhe, mas jamais essa questão de pensar “Aí eu vou mudar o hábito”; eu tento conversar isso com os alunos. (P8)

Quanto às finalidades, os professores consideram a compreensão das necessidades de saúde do usuário, a corresponsabilização, a autonomia e o empoderamento do ser cuidado, visando à promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde. Reforçaram a importância de se despertar no outro a necessidade de mudanças de estilo de vida, de autocuidado, adesão ao tratamento e compromisso. Enfatizaram também o objetivo de buscar o equilíbrio entre o conhecimento do profissional e o do cliente. Nesse sentido, a concepção dos docentes encontra ressonância também na PNEP-SUS (BRASIL, 2013), que diz que a educação em saúde deve incentivar a produção individual e coletiva de conhecimentos. A própria definição de educação em saúde do Ministério da Saúde (MS) aponta que ela deve ser um

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012).

Para que a pessoa possa se responsabilizar pela sua recuperação da saúde, ou então pela sua manutenção da saúde, de uma forma que o processo de cuidado, à assistência que está sendo prestada, em qualquer que seja a ambiência, não fique só sendo responsabilidade do profissional, mas também daquele que está sendo cuidado... É o tal do empoderamento, que eu ainda questiono um pouco às vezes, mas é fazer esse indivíduo participar do seu processo de cuidado, seja ele de manutenção, de melhora da saúde, de promoção, enfim, mais ou menos isso. (P1)

A gente busca trabalhar essa questão da educação em saúde ser um instrumento para autonomia do paciente, para ele recuperar o controle da sua própria vida. [...] Eu acho que educação em saúde deve ser algo que desperte em mim e no outro uma... Em inglês tem uma palavra ótima para isso: "awareness" que é uma conscientização de questões que colocam, que otimizam meu estado de saúde, que danificam meu estado de saúde, que tem consequências em relação à minha qualidade de vida... Então quando eu me educo em relação à saúde, é quando eu tenho uma percepção, um despertar de que isso é importante para aquilo que eu quero para minha vida. Independente disso, eu posso até ter essa percepção, mas

eu posso não me mobilizar em relação a esses conceitos que eu compreendi, que eu abracei, que eu vi, eu vislumbrei. (P9)

É reequilibrar esse conhecimento com o conhecimento que o usuário traz. É quando eu chego perto do usuário com determinado saber e aí, por exemplo, eu tenho algumas propostas teóricas do saber, e imediatamente eu posso propor isso ao usuário, mas a educação só se dá mesmo na hora que eu permito que o usuário diga pra mim assim: “Não, mas isso, professora, que a senhora falou, não deu certo com a minha mãe, aí eu tentei isso naquele dia, eu achei que ela ficou melhor!”. Então, quando eu consigo negociar e trocar o meu saber de maneira que o meu saber e o saber do usuário possam ser efetivos, na realidade eu estou fazendo educação em saúde. (P5)

No entanto, os resultados também mostraram que alguns docentes ainda reforçam a ideia de um processo de educação “apenas” para levar conhecimentos fundamentados cientificamente.

Eu acredito que educação em saúde é você levar um conhecimento que está fundamentado, embasado, olhar para esse conhecimento, verificar como ele deve ser aplicado na prática e fazer essa transposição da ciência, dos fatos que são comprovados, para a prática. (P4)

Não se nega a importância do acesso ao conhecimento científico que a educação em saúde deve proporcionar, mas há que se considerar que, ao colocar essa finalidade como principal, outras dimensões podem ser esquecidas, como a corresponsabilização, a autonomia e o empoderamento do ser cuidado.

Quanto a esse empoderamento, Carvalho e Gastaldo (2009) apontam variações conceituais relevantes para o termo e diferenciam dois sentidos importantes para ele: o psicológico e o social/comunitário. O empoderamento psicológico possibilita aos indivíduos um sentimento de maior controle sobre sua própria vida. Sem negar a eficácia do empoderamento psicológico para a produção da saúde, as autoras julgam que este pode ser insuficiente para instrumentalizar práticas que atuem sobre a distribuição de poder e recursos na sociedade. O empoderamento social, por sua vez é um processo que conduz à legitimação, dá voz a grupos marginalizados e, ao mesmo tempo, remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais. Indica processos que procuram promover a participação social

visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida. Indivíduos e comunidade podem se beneficiar ao aumentarem a capacidade para definir, analisar e atuar sobre seus próprios problemas através da aquisição de habilidades para responder aos desafios da vida em sociedade.

Os professores também disseram que a educação em saúde está presente em todas as áreas de atuação da enfermagem envolvendo o cliente, sua família e comunidade.

A educação em saúde permeia todas as áreas, independente de qualquer área mais prática ou não tão prática, porque você, lidando com os clientes/pacientes, vai ter que fazer orientação e esta acaba como uma prática de educação em saúde. (P2)

É uma coisa mais ampla. Eu não estou falando de cliente/paciente aqui, estou falando de pessoas, estou falando de famílias, estou falando de funcionários, de equipe, que fazem parte de uma comunidade [...] Faz parte de uma simbiose, na verdade. O funcionário, a equipe que não esteja bem, ele nunca vai poder educar outra pessoa para saúde, se ele não se cuida para saúde. Um chefe de equipe que também não se cuide, que também não entenda que ele precisa de cuidados com sua própria saúde, ele não vai liderar a equipe dele para poder fazer isso também. (P9)

Eles afirmaram que é um processo complexo e que ainda se encontra em desenvolvimento na área da Enfermagem.

Ela é uma coisa assim que não é tão simples, porque a educação em saúde envolve mudanças de estilo de vida e adesão ao tratamento. E, a gente está aí “engatinhando” nisso ainda. (P6)

Algumas falas ainda revelaram que docentes ampliaram o conceito de educação em saúde para aquilo que também envolve a educação em serviço, treinamento ou educação permanente em saúde, demonstrando um **conceito confuso/inseguro**. Isto merece destaque por serem estes os responsáveis pela formação dos estudantes que também apresentaram as mesmas dúvidas. Podemos inferir que essa ampliação e ou confusão de conceitos pode estar relacionada ao fato de que, por vezes, ao responder, os professores falavam de conceitos de educação “na” área da saúde, desvelando que, embora a concepção de educação em saúde estivesse presente, ela se mesclava com outros conceitos

da área. É importante ressaltar que a própria definição de educação em saúde, como tema transversal do CI do curso, apresentada em 2011, adotou essa visão mais ampliada que incorpora também os conceitos de EPS e educação continuada.

Isso pode ser para os profissionais ou também para os pacientes. Eu vejo também que educação em saúde engloba os dois, no campo que eles têm oportunidade de fazer, é uma atividade programada para fazer educação em saúde. E para os pacientes, a gente consegue fazer com mais frequência. Então, educação em saúde, ela vai além da enfermagem, ela abraça toda a equipe de saúde lá do local que a gente implementa o protocolo. Porque a gente vê várias falhas no dia a dia, que poderiam ser corrigidas com educação em saúde. [...] Eu acho que eu entendo... a educação em saúde é muito ampla, com certeza não deve ser o conceito certo... (P4)

Educação em saúde são maneiras, formatos, estratégias, de você trabalhar um tema dentro da área da enfermagem [...] eu posso estar enganada, mas eu penso que seja algo grande, um processo maior que acaba englobando a educação permanente, a educação continuada [...] que parte de um princípio maior. (P11)

Então, a educação em saúde, a gente pensa assim, bem imediatamente... é em relação ao paciente, a saúde do paciente. Teria assim uma, até uma forma indireta dessa educação em saúde no caso de um treinamento, um auxílio com o próprio profissional de saúde ali na assistência, é uma forma indireta de repente. (P6)

No que diz respeito aos estudantes, foram observadas essas mesmas dificuldades e vulnerabilidades para conceituar educação em saúde. O conceito, ainda **inseguro, equivocado ou confuso** foi marcante, principalmente na fala dos estudantes da primeira e segunda séries.

Eu não sei por que, mas eu estou meio perdida nesse tema. Porque eu não sei o que seria exatamente essa Educação em Saúde, porque pode até ter tido e a gente não está localizando. (G1E4)

Eu fiquei perdida quando eu ouvi o termo Educação em Saúde. (G2E1)

Quando, por exemplo, você já trabalha e você tem que fazer tipo umas capacitações, assim quando você já é profissional já, quando você tem que melhorar, se adaptar as novas mudanças. (G2E4)

Na minha cabeça vinha que Educação em Saúde é capacitação de funcionários, é a primeira coisa e depois a graduação. (G2E6)

Assim como alguns docentes, os estudantes da quarta série também incorporam a educação em serviço e treinamento ou educação permanente em saúde como partes da educação em saúde.

É uma prática, atividade desenvolvida tanto com a comunidade interna (alunos, servidores e outros) quanto com a comunidade externa (pacientes, por exemplo, atendidos nos ambulatórios de especialidades do AHC, no qual ocorre a transmissão e o recebimento de informações). (E3)

Para os estudantes da terceira e da quarta série, a elaboração do conceito se expressou através das situações nas quais a educação em saúde foi aplicada. Eles assinalaram que conhecer o paciente, seu histórico e realidade são alicerces para a prática da educação em saúde. Citaram as palestras destinadas aos usuários como forma de realizar a educação em saúde.

Podemos refletir que o modelo tradicional, com o uso de métodos como palestras e aulas, ainda está fortemente arraigado na concepção dos estudantes. Esse método, mesmo buscando conhecer o paciente, sua história de vida e realidade, não possibilita interagir com o indivíduo de maneira integral e compartilhada. A vantagem das palestras reside no fato de proporcionarem à população o conhecimento produzido cientificamente, com conteúdos atualizados e possibilidade de ampliação de informações sobre seu dano/agravo, mas não garante o aprendizado, pois são permeadas por diferentes fatores. Nesta prática estabelece-se uma relação verticalizada entre o profissional e o usuário, em uma concepção de formação que vê o indivíduo como um ser passivo, mero receptor de informações, que pode não saber aplicá-las à sua realidade (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010). Assim, durante as atividades de educação em saúde, espera-se o uso de outras estratégias de ensino e aprendizagem, evitando as palestras.

A gente estudava a história de um indivíduo, então a gente tinha que entender quem era ele, de onde ele vinha, para ver o contexto geral, entender como a gente iria atuar naquele caso. (G4E3)

Eu me lembro do internato de saúde coletiva em que a gente ia nos grupos de hipertensos, escolhia um tema, por exemplo osteoporose, nem todos tinham osteoporose, mas era uma forma para que as pessoas tivessem conhecimento, pudessem prevenir. (G4E2)

A gente vê mais educação em saúde acontecendo na atenção básica, fora do hospital. Meu internato foi no CAPS. Lá também a gente toda semana escolhe um tema que os pacientes queriam saber: diabetes, hipertensão... e você passa para eles de forma que eles consigam prevenir, de forma bem simples. (G4E6)

No pré-natal, na coleta de CO, a gente também faz muito, porque a gente tem que estar orientando, se fez mamografia, e tudo mais... (G3E5)

A gente vê mais ações de promoção a saúde como exercícios físicos, dieta adequada, para prevenção de doenças. Para mim foi isso que ficou. (G3E4)

Em saúde da mulher, a gente deu palestras nas escolas sobre sexualidade. (G3E1)

Encontramos também nas falas dos estudantes outros elementos que incorporam concepções do modelo tradicional, no qual o conhecimento científico se sobrepõe ao popular, ou mesmo não considera o saber popular, por exemplo: “você vai definir o tema”; “você vai passar aquele conhecimento”:

Acho que educação em saúde tem a ver com prevenção, com prevenir doenças, ou como prevenir complicações se aquele paciente já tem a doença, por exemplo. Então, você vai definir o tema de acordo com o que aquela população está precisando... (G4E5)

Tem várias formas de acontecer isso [a educação em saúde], tem dinâmicas, tem palestras, enfim..., mas daí você vai passar aquele conhecimento para aquela população. (G4E7)

Essas falas revelam que práticas tradicionais vão sendo incorporadas ao cotidiano dos estudantes como referências de ensino, caracterizando o educador em um papel transmissor e o sujeito de aprendizagem em um ser passivo e receptor, portanto não reconhecido em sua autonomia e capacidade de construção de conhecimento. Esses resultados tornam-se relevantes principalmente considerando que a proposta curricular em desenvolvimento prevê a utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem e a problematização de situações cotidianas, visando à transformação da realidade na qual o estudante está inserido.

Sobre isso, Petraglia (2002), ao analisar a complexidade em Morin, aponta-a como uma realidade reveladora, em que o ser humano é, ao mesmo

tempo, sujeito e objeto de sua própria construção e do mundo. Um modelo curricular globalizante adota diferentes formas de processar o conhecimento em parceria estabelecida entre alunos e professores envolvidos (ANASTASIOU, 2012).

Poderíamos esperar que a vivência de metodologias ativas no currículo em estudo possibilitaria ao estudante incorporar tais estratégias em suas práticas educativas. Isto de certa forma ocorreu para alguns deles, que relacionaram o próprio modelo de ensino-aprendizagem vivenciado como um exemplo quando da adoção de estratégias para as práticas educativas:

O uso de outras estratégias, como vídeos, figuras, dinâmicas, e não só aquelas palestras, sempre com o mesmo tom de voz, ficam sempre bem melhor [...] ah, isso não precisou ninguém falar, a gente viu isso com o exemplo dos professores e isso a gente aprende pela gente mesmo. Como a gente aprende melhor com essas técnicas, e não só com aulas expositivas, a gente sabe que deve usar essas estratégias... (G4E4)

Podemos dizer também que somente alguns estudantes demonstraram essas percepções, pela quase ausência dos momentos formais de reflexão do tema educação em saúde durante sua formação, reservado de forma intencional apenas na primeira série no final da quarta série, no internato de saúde coletiva. Ressaltamos que, ao analisar as respostas dos questionários aplicados aos estudantes da quarta série, os resultados em relação às concepções não se modificaram. Alguns estudantes mantiveram uma concepção baseada no modelo tradicional e outros se expressaram de forma mais inclusiva.

É uma atividade constante de aprendizado e transmissão do conhecimento, que envolve desde uma simples orientação até capacitação de equipes. É uma maneira de aperfeiçoar o conhecimento, atualizar-se. Levantamento de problemas, discussão, para chegar ao objetivo final (E4).

É passar para as pessoas o conhecimento que temos sobre algum assunto, o qual foi identificado “falho” (E6).

São temas em saúde que abrangem os mais diversos aspectos com o objetivo de entender/compreender o indivíduo em toda a sua totalidade. Ela abrange as diversas áreas da saúde (E2).

As concepções de professores e estudantes sobre educação em saúde, quando analisadas em conjunto, possuem diversas aproximações. Embora o conceito dos professores seja mais elaborado no que concerne ao referencial de educação popular, em relação aos estudantes podemos observar um movimento de construção ao longo das séries. Assim, de um conceito confuso e inseguro na primeira e segunda séries, os estudantes da terceira e quarta séries já conseguem incorporar alguns atributos que valorizam o usuário e a sua participação no processo educativo.

[...] vai entender por que está passando por aquilo e o que ele precisa fazer para melhorar a situação que ele se encontra. Isso tudo considerando a questão, o meio onde vive. (P3)

A gente estudava a história de um indivíduo, então a gente tinha que entender quem era ele, de onde ele vinha, para ver o contexto geral, entender como a gente iria atuar naquele caso. (G4E3)

Ao mesmo tempo, as concepções que envolvem o modelo tradicional, de transmissão do conhecimento, em uma relação verticalizada, que privilegia o saber científico, embora estivessem presente apenas nas concepções de poucos professores, se fez recorrente nas falas dos estudantes. É difícil avaliar aqui até que ponto é apenas o discurso do professor ou a sua prática que mais tem influenciado na construção desse conceito pelos estudantes, ou ambos.

Eu acredito que educação em saúde é você levar um conhecimento que está fundamentado, embasado, olhar para esse conhecimento, verificar como ele deve ser aplicado na prática e fazer essa transposição da ciência, dos fatos que são comprovados, para a prática. (P4)

[...] Lá também a gente toda semana escolhe um tema que os pacientes queriam saber: diabetes, hipertensão... e você passa para eles de forma que eles consigam prevenir, de forma bem simples. (G4E6)

É uma prática, atividade desenvolvida [...] com a comunidade externa (pacientes, por exemplo, atendidos nos ambulatórios de especialidades do AHC, no qual ocorre a transmissão e o recebimento de informações). (E3)

Da mesma forma, o conceito confuso/inseguro está presente no relato de ambos, denotando a importância do papel do professor na construção desse conceito.

Capacitar e atualizar os profissionais da área da saúde por meio de educação permanente ou educação continuada. (E14)

Teria assim até uma forma indireta dessa educação em saúde no caso de um treinamento, um auxílio com o próprio profissional de saúde ali na assistência, é uma forma indireta. (P6)

Sobre isso, temos que considerar que, em um currículo que adota metodologias ativas, a função principal dos professores é gerar questionamentos, dúvidas, criar necessidade, e não apresentar respostas. “Num contexto de mundo inacabado e em constante mudança nós não temos nenhuma aula a ‘dar’, mas sim a construir, junto com o aluno” (SANTOS, 2005, p. 3).

O mesmo autor pondera ainda que precisamos desafiar os conceitos já aprendidos, para que eles se reconstruam mais ampliados e consistentes, tornando-se assim mais inclusivos com relação a novos conceitos. Quanto mais elaborado e enriquecido é um conceito, maior possibilidade ele tem de servir de parâmetro para a construção de novos conceitos. Isso significa dizer que quanto mais sabemos, mais temos condições de aprender.

Para Morin (2014), o retalhamento das disciplinas torna impossível aprender o que é tecido junto, isto é, o complexo. O desafio da globalidade é também um desafio de complexidade, que existe de fato, quando os componentes que constituem um todo são inseparáveis, e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes. Estas premissas sustentam o princípio hologramático do pensamento complexo.

O fato de o tema transversal educação em saúde, de um modo geral, estar presente de forma implícita nos cadernos de planejamento dos módulos, dependendo, na maior parte das situações, da intencionalidade do professor, faz com que o estudante não o “perceba” em diversas situações como experiência significativa de aprendizagem.

O princípio hologramático indica que, como em um holograma, cada parte contém praticamente a totalidade da informação do objeto representado; em qualquer organização complexa, não só a parte se encontra no todo, mas o todo encontra-se igualmente na parte (MORIN, 2015). Os poucos momentos de abordagens teóricas do conceito no currículo têm contribuído para que a parte não contenha essa informação do todo, ou seja, o estudante realiza a prática educativa sem a totalidade da informação (conceito).

Metaforicamente, poderíamos dizer que é como saborear um bolo e conseguir identificar a presença de seus ingredientes principais. Assim, saborear o bolo vai além de identificar seus ingredientes individualmente, mas é percebê-los em sua integração, criando um sabor no pedaço de bolo. As partes estão presentes no todo e fazem parte desse todo, e ele não é maior que as partes. Para exemplificar, Morin (2015, p. 103) utiliza o exemplo da tapeçaria:

Consideremos uma tapeçaria contemporânea. Comporta fios de linho, de seda, de algodão, de lã, com cores variadas. Para conhecer esta tapeçaria, seria interessante conhecer as leis e os princípios respeitantes a cada um desses tipos de fio. No entanto, a soma dos conhecimentos sobre cada um destes tipos de fio que entram na tapeçaria é insuficiente, não apenas para conhecer esta realidade nova que é tecido (quer dizer, as qualidades e as propriedades próprias para esta textura), mas, além disso, é incapaz de nos ajudar a conhecer a sua forma e a sua configuração. Assim, a tapeçaria é mais que a soma dos fios que a constituem. Um todo é mais do que a soma das partes que o constituem. E o fato de que existe uma tapeçaria faz com que as qualidades deste ou daquele tipo de fio não possam todas exprimir-se plenamente. Estão inibidas ou virtualizadas. O todo é então menor que a soma das partes.

O pensamento complexo visa, assim, mover, conjugar, articular os diversos saberes compartimentados nos mais variados campos do conhecimento, sem perder a essência e a particularidade de cada fenômeno, religando matéria e espírito, natureza e cultura, sujeito e objeto, objetividade e subjetividade, arte, ciência, filosofia. Considera igualmente o pensamento racional-lógico-científico e o mítico-simbólico-mágico. O pensamento complexo se estabelece como requisito para o exercício da interdisciplinaridade (SANTOS, HAMMERSCHMIDT, 2012).

Nessa perspectiva, podemos perceber que, embora o CI adote a educação em saúde como seiva, ainda se encontra de forma fragmentada entre os

módulos, que pouco “conversam entre si”, fragilizando a transversalidade. Dessa forma, nem todos os professores sabem quais as experiências prévias dos estudantes sobre o tema, de onde partir, e para onde ir, conforme o relato desse professor:

É difícil falar dos outros módulos, sabe? Porque eu não estou lá dentro para saber como funciona, e como daria para às vezes inserir, porque eu nem sei qual é o trabalho dos outros módulos com relação a isso (P10).

Para Morin (2014), as disciplinas intelectualmente são, de modo pleno, justificáveis, desde que preservem um campo de visão que reconheça e conceba a existência das ligações e das solidariedades. Não é a questão de se criar uma ciência do homem, que anularia a multiplicidade do que é humano, mas religar essas dimensões.

Recomendamos que é preciso lançar outro olhar sobre o documento, uma vez que ele é um balizador das atividades docentes, um guia para professores e estudantes. Ao se explicitar o tema transversal educação em saúde nos cadernos de planejamento dos módulos, assim como as estratégias para a efetivação de suas práticas, ele não dependerá apenas da intencionalidade do professor para que se concretize.

Os cadernos de planejamento são instrumentos pedagógicos que são anualmente remodelados pelo grupo de professores responsáveis pela condução dos módulos; dessa forma, é importante que exista um direcionamento por parte do colegiado de curso com relação à abordagem dos temas transversais neles, garantindo pelo menos a reflexão por parte do grupo de professores, sobre como, onde e de que forma o tema será abordado.

Faz-se necessário, ainda, conforme sugestão dos próprios professores, uma discussão mais aprofundada sobre o tema em estudo. A teorização do conceito, modelos e estratégias de educação em saúde são de extrema importância, uma vez que não basta o documento “falar”, e sim aquele que o vivencia deve estar impregnado pela certeza do seu discurso. Desse modo já não teremos conceitos confusos ou inseguros.

Dando continuidade à perspectiva de refletir sobre as contribuições que os princípios do pensamento complexo fornecem para uma melhor formação de enfermeiros no desenvolvimento da educação em saúde, acrescentamos os conceitos da compreensão humana propostos por Edgar Morin. Assim, além de a educação em saúde precisar ser contextualizada, globalizada, discutida em suas diferentes dimensões e complexidades para alcançar a pertinência do conhecimento e relacionar as partes com o todo, precisa também buscar atingir a compreensão humana.

Morin (2014) diz que a compreensão humana constitui outro saber necessário para a educação do futuro, pois extrapola a compreensão intelectual ou objetiva, que diz respeito à inteligibilidade. Compreender significa intelectualmente apreender em conjunto o texto e o contexto, as partes e o todo, e para isso é necessária a explicação, ou seja, considerar o que é preciso conhecer como objeto e aplicar-lhe todos os meios objetivos de conhecimento. A compreensão humana, por sua vez, vai além da mera explicação e inteligibilidade, pois comporta o conhecimento de sujeito a sujeito. Requer identificação, empatia e projeção. É perceber o outro como sujeito com quem nos identificamos. Neste estudo buscamos relacionar a compreensão intelectual expressa pelos estudantes com a compreensão humana, buscando uma aproximação com as concepções desveladas pelos estudantes e professores.

Os discursos dos estudantes da primeira e segunda séries evidenciaram a incerteza sobre o conceito, e os próprios estudantes admitiram que tinham dificuldades em definir com exatidão e propriedade o conceito de educação em saúde, sugerindo que, até aquele momento da graduação, a apreensão desse tema transversal ainda não estava clara. Somente os estudantes da terceira e quarta séries, com maior clareza na quarta série, conseguiram relatar situações que expressavam a aplicação da educação em saúde. Isto mostra que a apropriação do tema educação em saúde foi gradativa nos quatro anos de graduação.

Para Morin (2011), a compreensão intelectual se dá pela apreensão do conjunto, do contexto, das partes e do todo, e para isso é

necessária a aplicação de todos os meios objetivos de conhecimento. Isso pode ajudar a compreender o fato de, na primeira e segunda séries, os estudantes ainda não conseguirem uma definição de educação em saúde, pois ainda não experienciaram todas as formas de conhecimento do objeto em questão. Existem partes, mas esta ainda não está no todo, assim como o todo não está nas partes.

O fato de a aprendizagem do tema educação em saúde ser gradativa e crescente é relevante e está em consonância com a proposta do desenvolvimento dos temas transversais. No entanto, considerando sua importância para a prática profissional do enfermeiro, defendemos que o professor pode promover essa aprendizagem nas primeiras séries do curso, possibilitando maior aprofundamento e propriedade sobre o assunto. A falta de clareza dos conteúdos a serem abordados por série, ou por módulos interdisciplinares de ensino, deixa a abordagem restrita à intencionalidade do professor; por isso é necessário que ele se mantenha em consonância com a proposta pedagógica, que inclui os temas transversais. Quanto a isso, cabe destacar o papel do colegiado do curso como dinamizador da proposta pedagógica adotada, capacitando e subsidiando a ação docente de modo a fortalecer a discussão dos temas transversais, ponto já discutido anteriormente.

Mesmo relacionando experiências significativas de aprendizagem nas primeiras séries, a formulação do conceito ainda carece de estrutura e aproximação ao objeto de estudo. A experiência de aprendizagem se sobrepõe ao conceito, particularmente pelo método e exemplo de como foi realizada e que poderá ser replicada. L'abbate (1994) e Rosa et al. (2006) defendem que o estudante, durante a graduação, ainda não concebe a educação em saúde como parte de um todo em que se insere a assistência, como um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Portanto reforçamos o papel do professor na reflexão do desenvolvimento dessa prática.

Podemos observar ainda uma concepção de educação em saúde voltada para sua própria formação na primeira e segunda séries. Tal fato evidencia

que a teorização do conceito que ocorreu nessas séries, especificamente na primeira série, não foi suficiente, mesmo que os estudantes tenham vivenciado experiências significativas de aprendizagem, como no PIM I, e mais expressivamente, na segunda série, com a Oficina de Sexualidade. Reforçamos novamente o distanciamento do objeto de estudo. Também foram identificados que, embora os estudantes expressem conteúdos pertinentes à educação em saúde, muitas vezes estes foram acompanhados de outros conceitos associados à educação permanente em saúde/educação continuada. Ou seja, os estudantes identificaram a própria formação profissional e a capacitação de profissionais da área de saúde como pertencentes ao campo da educação em saúde. Esse resultado evidencia a necessidade de espaços de discussão e reflexão sobre concepções teóricas que embasam as ações que estão sendo aprendidas, sejam elas de educação em saúde, educação continuada ou educação permanente. As dúvidas e confusões precisam ser expostas e discutidas nos espaços acadêmicos para poderem ser reformuladas e ressignificadas.

Salientamos que os estudantes não utilizaram, em nenhum momento, a expressão educação popular. Dessa forma, destacamos a importância de contextualizar com os estudantes de Enfermagem as políticas públicas nacionais vigentes sobre esses diferentes conceitos. Neste contexto, a PNEP-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, equidade, integralidade e efetiva participação popular no SUS. Propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013).

O conceito ainda incompleto, expresso pelos estudantes da primeira e segunda séries, poderia ser mais bem formulado, como prevê a proposta dos temas transversais, uma vez que os módulos, compreendidos como atividades interdisciplinares que buscam desenvolver competências por meio da inter-relação de conceitos e organização de atividades, devem favorecer a aprendizagem significativa com a utilização de estratégias metodológicas ativas. A

complexidade requer um pensamento que capte as relações, as inter-relações e implicações mútuas, os fenômenos multidimensionais, as realidades que são simultaneamente solidárias e conflitivas, um pensamento organizador que conceba a relação recíproca de todas as partes (MORIN, 2014).

Observou-se também pouca referência às ações educativas com repercussões na coletividade e aos grupos de hipertensos e diabéticos. Podemos refletir que, provavelmente, por se tratar de uma população de outra faixa etária, essas pessoas não têm a mesma projeção sobre o estudante, que ao não se identificar com eles, executa tais atividades apenas no plano da informação. Outra reflexão a ser destacada diz respeito ao modo como essas atividades devem estar sendo realizadas, pois não estão sendo marcantes significativamente na formação profissional dos estudantes de Enfermagem. Isto se torna relevante, a partir do momento em que temos um currículo construído com base em um perfil epidemiológico nacional, em que as doenças cardiovasculares lideram as estatísticas de morbimortalidade (BRASIL, 2014). Há que se repensar estratégias para que os princípios do conhecimento pertinente e o ensino da compreensão humana possam garantir como experiência significativa de aprendizagem as ações desenvolvidas com essa população. Uma ação concreta poderia ser dar mais tempo para o estudante desenvolver a educação em saúde com essa população, acompanhando e avaliando alguns dos impactos dessas ações desenvolvidas.

A educação em saúde, tanto no plano individual quanto coletivo, está presente no cotidiano da prática profissional do enfermeiro. A individual se dá durante a consulta de Enfermagem, quando se estabelece um vínculo entre o usuário e o enfermeiro, facilitando a abordagem direcionada ao usuário e suas necessidades. A coletiva abrange as informações transmitidas objetivando prevenir situações passíveis de patologias, elevar o conhecimento público sobre doenças graves e emergentes, campanhas de saúde, entre outras (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

A amplitude das atividades mencionadas flui de modo crescente na proposta curricular. Na primeira e segunda séries, estão mais indiretamente relacionadas ao usuário; na terceira e quarta séries, mais voltadas para ações

realizadas diretamente com o usuário e sua família, bem como na coletividade. Assim, as orientações desenvolvidas com os usuários individualmente nos serviços de saúde ganharam destaque em situações de aplicação da educação em saúde relatadas pelos estudantes, considerando-as em diferentes contextos. Observamos que os estudantes das quatro séries relacionaram educação em saúde com conteúdos como: prevenção e promoção de saúde, tratamento, autocuidado, higiene básica, alimentação, cuidado com o usuário/paciente, cuidador e com os profissionais.

Essa realidade retrata a metodologia proposta pelo CI, que visa uma relação dinâmica entre o estudante e o objeto do conhecimento por meio de sucessivas aproximações. Permite, portanto, ao estudante crescer sua aptidão em constituir seus conhecimentos por meio de circunstâncias vistas no cenário real, propiciando um processo de autoconhecimento e autorreflexão, ininterrupto e gradual. Esses resultados se aproximam da definição de educação em saúde, que se entende por quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com pretensão de facilitar ações voluntárias úteis à saúde, abarcando a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana, e não apenas as pessoas sob risco de adoecer (MACHADO et al., 2007).

A transformação no contexto da aprendizagem se dá no instante que professor e estudante percebem a importância de seus papéis no processo de ensinar e aprender, valorizando a comunicação, a elaboração das ações coletivas, a integração dos participantes em condições que possibilitem a interação com o todo (FERNANDES, 2004). Para Morin (2014), educar para a compreensão humana é missão da educação, ensinando a compreensão entre as pessoas como condição e garantia da solidariedade intelectual e moral da humanidade.

O grande desafio da formação para a educação de saúde é justamente educar para a compreensão humana. Ensinar a ser solidário, a ser empático, a se colocar no lugar do outro em um processo de escuta ativa. As concepções de educação em saúde da maioria dos professores contemplaram essa dimensão. Contudo, como ensinar? Como criar situações/estratégias para esse aprendizado? Edgar Morin, com o pensamento complexo, não vem propor

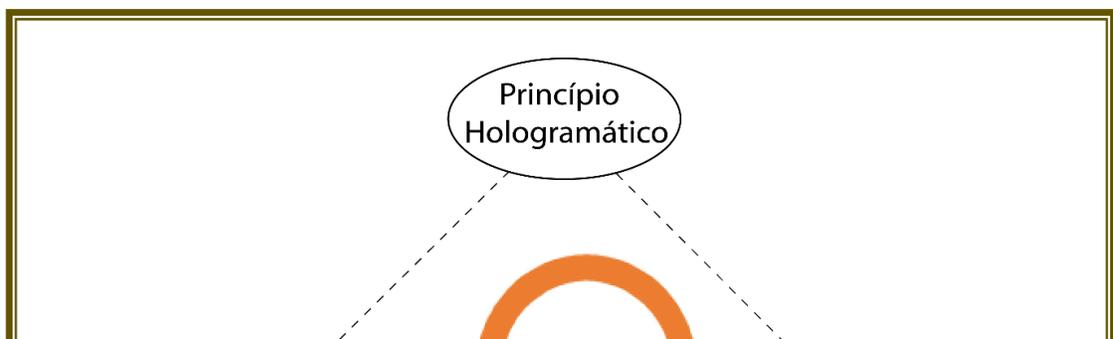
métodos, mas alertar para as necessidades de mudanças de pensamento. Para ele há um conhecimento que é compreensível e está fundado sobre a comunicação e a empatia, que é a capacidade de experimentar os mesmos sentimentos do outro: “Compreender comporta um processo de identificação e de projeção de sujeito a sujeito” (MORIN, 2014, p. 93).

5.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: PERSPECTIVA OPERACIONAL

Os professores elencaram em seus discursos dificuldades encontradas para se desenvolver educação em saúde nos módulos em que atuam, consolidando desafios a serem superados para a formação do enfermeiro para educação em saúde no CI. Entretanto não deixaram de mencionar as potencialidades que emergem do próprio currículo e seu corpo social, além de destacarem as sugestões para melhor formar o enfermeiro para educação em saúde. Os estudantes, da mesma forma, procuraram opinar de acordo com o que era possível por meio de suas vivências até o momento. Estes resultados expressam o CI que se faz nas ações do cotidiano.

A Figura 5 demonstra a relação dinâmica entre essas ações do cotidiano, na perspectiva dos princípios do pensamento complexo. As potencialidades, desafios e sugestões emergem da visão do todo do CI a partir dos princípios hologramático, do conhecimento pertinente, da autonomia e da compreensão humana.

FIGURA 5 – Diagrama demonstrativo da Educação em Saúde na formação do enfermeiro: perspectiva operacional sob o olhar dos princípios do Pensamento Complexo.



Os desafios elencados pelos professores foram relacionados ao currículo propriamente dito e às pessoas envolvidas nessa prática, bem como ao seu processo de trabalho.

Quando falam do currículo propriamente dito, citaram o **processo formativo hospitalocêntrico** e o **paradigma biologicista**, que valoriza o saber técnico em detrimento de outras competências:

Eu acho que a gente tem uma herança muito grande de um processo formativo muito hospitalocêntrico, e infelizmente de um paradigma biologicista, muito técnico. Então, a valorização é o saber fazer, é o saber passar uma sonda, é o saber passar um bom acesso venoso, e assim, essas outras questões que são competências do enfermeiro acabam muitas vezes sendo pouco valorizadas.
(P1)

Algumas questões administrativas e estruturais dos módulos, como a divisão do número de alunos por professores no campo e as

oportunidades no campo de vivências de ensino e aprendizagem, foram citadas como empecilhos para se desenvolver educação em saúde. Questões estruturais do próprio currículo, como a subdivisão dos módulos em tempos muito reduzidos (bloqueados), ao invés de serem estendidos ao longo do ano, como no formato do PIM, foram citadas também como dificuldades para o desenvolvimento da educação em saúde. Na fala do professor, fica difícil estabelecer vínculo com o usuário/cliente, conforme o ideal para a prática educativa baseada em trocar, compartilhar saberes, em espaços curtos de tempo como são desenvolvidos os módulos atualmente.

Embora a gente tenha diminuído o número de alunos ultimamente, você ficar com um grupo de seis ainda é muito ruim, porque, por mais que você faça educação, você tem que estar junto, para poder intervir algumas vezes e dar suporte para o aluno [...] Eu acho que isso também é questão de dar oportunidade para todos. Eu acho que se fosse em grupos menores, talvez ajudaria. Às vezes, a gente fala em carga horária, mas no nosso módulo, ela é grande, mas, por exemplo, se a gente faz um semestre todo com um grupo só, muito melhor, a gente conseguiria fazer um trabalho melhor de educação. (P2)

Essa subdivisão de módulos muito pequenos transformam a educação em saúde em uma transmissão de informações que são palestras. Porque para você realmente fazer uma educação em saúde, você precisa minimamente conviver com a realidade, estruturar uma estratégia de diálogo com essa realidade, operacionalizar essa estratégia de diálogo. Você não faz isso em uma semana, você não faz isso em um mês, você faz isso ao longo de um ano, e isso me preocupa muito, porque não sei se vocês vão chegar aos egressos: o que não é vivenciado não se acredita que é possível fazer. (P5)

Os professores citaram que o modelo econômico capitalista de produção da saúde valoriza as questões gerenciais e burocráticas que se sobrepõem às questões do cuidado.

Em outro aspecto, a gente também vive num processo capitalista, de produção de saúde, em que você acaba tendo uma sobrecarga gerencial, muitas vezes alienada, porque não é uma gerência voltada para o cuidado, que te absorve muito, no seu processo de trabalho, então, acaba ficando em segundo plano, infelizmente, os processos educativos, como outras coisas também. (P1)

Os professores revelaram **desafios ligados ao próprio corpo docente** como sendo desafios a serem superados, ligados ao perfil do docente

que não “acredita” na educação em saúde, da resistência de muitos deles em desenvolver a seiva em seus módulos e da pouca sensibilização para o tema.

Tende a ser um processo muito dolorido, porque aqui no departamento, especificamente, a gente tem várias gerações de professores, gerações que estão mais abertas para um novo e gerações que não estão tão abertas ao novo [...] porque realmente existe uma resistência. A gente percebe que tem uma resistência, ou por não valorizar ou por estar fazendo e não aparecer em algum momento... (P1)

Eu acho que um pouco vai do perfil de alguns docentes, que ainda alguns não acreditam muito na educação em saúde, e muitos acreditam que não é o papel do enfermeiro. Então eu acho que primeiro de tudo é convencer muitos docentes de que isso é importante, porque são eles que estão transmitindo o conhecimento para os alunos. (P3)

O conceito do professor a respeito de educação em saúde foi relatado como sendo uma das dificuldades a serem superadas na formação para educação em saúde.

Não é mudando o currículo. Na verdade, o currículo não tem nada a ver com isso, isso no meu ponto de vista... [É, então, postura de professor, você acha?] Exatamente! Uma dificuldade é o conceito do próprio professor. Esse conceito. Exatamente! (P7)

A intencionalidade do professor em desenvolver o tema em seus módulos foi uma fala recorrente de diversos professores. Eles acreditam que é a partir do docente que o estudante desenvolverá ou não, com maior ou menor profundidade, o tema proposto.

[...] isso tem que ser estimulado o tempo todo, porque é isso que vai dar esse norte. Só que para ser estimulado, isso tem que partir de quem está estimulando, porque o aluno vai no ponto que você está batendo para ele ir. (P7)

Até de teorizar o conceito.... Talvez essa intencionalidade, para gente resgatar isso de alguma forma... porque não dá pra gente dizer que ela não tem sido feita, porque ela é inerente da nossa profissão. Então, eu acho que em muitos aspectos, é... eu vejo até da minha área, eu vejo que tem docente que tem isso mais aflorado, e tem uns que já... a gente percebe que esse aspecto passa mais batido. (P6)

Mas o professor parece que acha isso desnecessário [...] eu acho que falta um pouquinho mais do docente enxergar que a seiva está lá, e mostrar para o aluno que a seiva está lá, porque o aluno sozinho não vai conseguir enxergar, então o docente tem que enxergar isso. Eu acho que só falta um pouquinho mais dessa compreensão... das seivas e que elas permeiam os módulos. Que elas estão lá, e puxar isso, incorporar isso. (P3)

E eu estou usando esses temas especificamente, porque eu tenho certeza que elas fazem educação em saúde sobre amamentação, mas eu tenho dúvida se elas fazem educação em saúde sobre sexualidade pós-parto. Então, é aquela visão do que é realmente significativo para o usuário, e não só importante para o sistema de saúde. A amamentação é hiperimportante para o sistema de saúde, também para a mãe, é claro, mas a gente esquece outras necessidades do usuário, porque a gente não faz troca de saberes, a gente só faz transmissão de informação. (P5)

Dificuldades relacionadas aos estudantes foram lembradas, como a mudança de perfil/geração e as diferenças culturais entre eles, como saber falar, saber se portar em público.

Ele chega no 4º ano e você percebe que ele chega sem domínio de público, de seminário [...] Lógico que existe a diferença cultural, de formação, que vem de berço de alguns alunos pra outros. Alguns alunos têm mais contato com o público, com amigos, vem do núcleo familiar, que expõe ele a essas situações. Então ele tem traquejo, e não foi a gente que ensinou, ele trouxe isso para cá. Mas se a gente nivelar os nossos alunos, que nós ensinamos disso, acho que é geral. Tem aluno que não consegue conversar com o paciente no 4º ano ainda, isso é dele também, a timidez, mas talvez a gente consiga vencer isso em quatro anos. Seminários, mais entrevistas e mais contato do aluno com paciente, não só no cuidado, mas em geral mesmo, em consulta de enfermagem. (P4)

Os estudantes quase não listaram dificuldades, limitando-se a citar a falta de “clareza” com o tema e a pouca cobrança nas avaliações:

Só agora no terceiro ano que está ficando mais claro. (G3E1)

Eu acho que é pouco cobrado, nas palestras os professores falam, mas não há uma prova cobrando sobre isso, é mais na prática mesmo. (G3E4)

As potencialidades que foram explicitadas pelos professores constituem-se em um alento, pois revelam um otimismo frente aos desafios citados anteriormente. Eles conseguem enumerar vários pontos positivos para o desenvolvimento da educação em saúde, abordando tanto o currículo em si quanto o papel do professor.

O CI foi lembrado como uma das maiores potencialidades: o desenho do currículo e a presença de professores da área básica atuando em parceria com professores da clínica.

[...] acho que o desenho do nosso currículo... a gente inclui questões que de repente não é usual você encontrar nos currículos. Existe um encadeamento de ideias ... E a seiva se entrelaça também [...] (P8)

Eu acho que é o currículo! Eu acho que a maior potencialidade do curso é o currículo, isso não tem, tipo, pensar em transformar isso num tradicional é um retrocesso gigante. Eu não vejo essa possibilidade. Então eu vejo que eu fui formada assim, eu não vejo outra forma de ser formada! (P10).

A diversidade de oportunidades nos diversos campos de prática foi citada por alguns professores como potencialidade.

A gente tem um campo maravilhoso, que é o HU, a gente tem todas as áreas ali pra gente aplicar educação, todas, só atravessar a rua. E a gente tem necessidade, e acho que o serviço espera da gente mais educação em saúde. Além de a gente ter um campo, a gente tem um campo que tá com um vácuo disso, ele precisa disso. Eu acho que isso é potencialidade, porque a gente pode ocupar um espaço, ele está ali para a gente. (P4)

Eu acho que a diversidade de oportunidades que esse aluno tem é uma coisa absurda, absurda. Se eu comparar com a minha formação, com o tempo de exposição, com a diversidade de experiências, de campos de estágio, contato com tecnologias, com falta de tecnologia, né? (P9)

Falaram do **papel do professor** como um constante incentivador do estudante nas mais diversas situações: professores preparados, abertos ao diálogo e sempre dispostos a fazer algo diferente e melhor.

... a gente incentiva isso, então a gente cobra isso, a gente estimula isso, a gente quer que esse enfermeiro saia dessa maneira. [...] O docente ser incentivador, formar uma pessoa que seja incentivada a fazer isso e que veja como questão positiva. (P2)

[...] a abertura de diálogo é uma potencialidade muito grande. Esse movimento do grupo de maneira geral de sempre querer fazer algo, fazer melhor, isso é uma potencialidade que não é atingida na maioria dos lugares. Isso por si só já é ... não precisava de outra, isso por si só já é uma potencialidade. É, a abertura. Não seja nem ao menos uma vontade, mas pelo menos vamos pensar sobre isso, entendeu? Porque isso não acontece nos outros locais. É, tudo isso é potencialidade. (P7)

... com professores mais preparados inclusive, que pensam, têm passado tempo pensando outras coisas além do tecnicismo, além da “bandeja contendo”. (P9)

Eu acho que a gente não para quieto, se a gente for pensar, é um grupo de docentes que sempre quer fazer com que o aluno pense sozinho, raciocine, problematize; não se conforme com a realidade, vá atrás! (P10)

Por fim, professores e estudantes fizeram sugestões para que a educação em saúde seja mais discutida como tema transversal na formação dos enfermeiros no CI. As proposições dos professores versaram sobre diversos aspectos, dos mais práticos — como um momento específico de teorização do tema, tanto com os estudantes, quanto com os professores, para que estes tenham clareza do conceito — aos mais genéricos, como sugerir ousadia aos professores para realizarem mudanças mais radicais, como foi a própria transição para o CI.

Os docentes serem capacitados para isso, quais estratégias, e para que isso seja efetivo, nós temos que ter um treinamento... O que é, quais são as estratégias, o que é educação em saúde, qual é a abordagem. (P4)

Gostaria de ter... a gente despertar mais para esse assunto, talvez em alguma oficina de colegiado. Porque é muito importante. E está sendo uma coisa falha. Então, uma oficina de colegiado, alguma coisa entrar nesse aspecto e resgatar, de uma forma mais sistemática, a questão de trabalhar o conceito. (P6)

[...] colocar como objetivo dos estágios e da avaliação. O aluno precisa desenvolver ações de educação em saúde, nem que seja uma ação de educação em saúde no individual. Mas isso tem que ser avaliado pelo professor, tem que ser estimulado pelo professor... (P5)

[...] como o próprio currículo, desde o começo, foi um momento de loucura e um momento de ousadia do grupo... Eu olho muitas vezes e penso comigo assim: “Gente, quanta gente nova que devia pegar uma asa delta e arriscar pular de novo, quanta gente nova, que podia retomar algumas decisões do currículo e assumir isso de novo como uma loucura, como uma ousadia”. Então, eu acho que o que tá faltando hoje no currículo integrado, para que temas como esse possam ser verdadeiramente decididos, é a coragem de quem entrou agora, que é hiperjovem, que tenho certeza que tem um monte de ideal que gostaria que fosse enfermagem, mas que talvez não enxerga isso hoje, dizer assim: “Tá, mas eu tô na academia, eu tenho direito de ser um pouco louca, e eu vou tentar fazer alguma coisa diferente, que inclua educação em saúde como objetivo nos módulos”. Eu acho que o que tá precisando mesmo é a gente pendurar umas asas deltas lá no 3º andar, e algumas pessoas falaria assim: “Eu vou ousar!”. (P5)

A gente tem a semente, tem o solo, tem o adubo, tem a água... eu acho que é questão da gente juntar esses elementos num mesmo lugar, com intencionalidade. (P9)

Os estudantes dos GF fizeram poucas sugestões, limitadas às experiências vivenciadas até o momento do curso, e referiram-se a mais práticas, geralmente associadas com discussões teóricas.

Abordar isso como tema. (G1E2)

Colocar como objetivo de tutorial. (G1E4)

Eu acho que na prática a gente pratica muito isso, mas os professores deveriam falar pra gente. (G2E1)

Eu acho que deveria ter mais práticas, sabe, porque, querendo ou não, no primeiro ano a gente tem pouca prática, né, quase não tem, daí o PIM, que é uma oportunidade da gente estar fazendo essa educação, de estar passando pras pessoas, a gente não tem tanta, então colocar isso dentro do PIM pra gente, quando ir nas casas, a gente estar passando alguns conhecimentos pros familiares, porque fica aquela coisa muito vaga assim, e a gente só vai lá e conversa e não dá tanto feedback pra eles e as vezes eles esperam mais da gente. Tentar inserir isso no PIM. (G3E1)

Os estudantes da quarta série fizeram mais sugestões, enfatizaram a necessidade da teoria desde as primeiras séries.

Existir mais aulas que falam sobre ES desde a primeira série e não apenas na última (E22).

Ter uma abordagem teórica do tema nas primeiras séries do curso (E21).

Poderia ter mais aulas durante a graduação, aprofundando melhor o tema e colocando em prática o estudo (E2).

Acredito que este tema tem extrema relevância para a graduação, porém há falta deste conteúdo antes do internato. Nós começamos a pensar em ES apenas no internato, com as discussões em sala e vivência nas unidades (E5).

Poderiam existir mais oportunidade para a prática de ES (E16).

Percebe-se pelos dizeres de professores e estudantes que há consenso sobre alguns pontos, entre eles, a falta de teorização do conceito, e que isto se torna uma dificuldade para o desenvolvimento do tema transversal. Além de todas as considerações relacionadas ao conhecimento pertinente já discutidas, cabe destacar também o papel do professor sob a perspectiva da complexidade.

A complexidade é uma mudança profunda no pensamento, uma tomada de decisão. É preciso que os educadores dirijam seu olhar para o mundo. O conhecimento para desenvolver habilidades para a prática educativa favorece um conjunto de práticas e um campo especialmente rico relacionado ao pensamento complexo. Esse conhecimento pode ser mediado pelo professor. Isso nos leva ao entendimento de que o todo possui certo número de qualidades e propriedades que não se encontram nas partes, quando separadas (MORIN, 2010).

Morin (2010) discorre sobre a necessidade de refletirmos sobre a atual formação ao defender a ideia de que um conhecimento não é pertinente porque contém um grande acúmulo de informações, mas sim quando é simultaneamente analítico e sintético das partes religadas ao todo e do todo religado às partes.

Ainda, quanto ao papel do professor, relembra Platão, que declarava ser fundamental ao educador ter *eros*, ter amor. É preciso amor para com a matéria que se ensina, para com as pessoas a quem se ensina. É preciso despertar esse *eros*. Só na “ressurreição trinitária do amor, da missão e da fé que se poderá tentar formar os cidadãos do terceiro milênio” (MORIN, 2014, p. 101).

Um pensamento complexo pode reforçar e desenvolver a autonomia pensante e a reflexão consciente dos indivíduos. Permite, então, a cada um edificar em si próprio os mirantes dos metapontos de vista, capaz de identificar seus próprios buracos negros, de pôr a funcionar a dialógica entre o global e o particular, entre a parte e o todo, entre a objetividade científica e a reflexividade filosófica, pois entende que o universal não traz consigo, necessariamente, uma verdade superior do aqui e agora (PRADEBON et al., 2011).

Para Morin (2014), a autonomia do indivíduo-sujeito vivo é dependente de sua hereditariedade e da sociedade a que pertence. A noção de autonomia só pode ser concebida em relação à ideia de dependência, porém não há reciprocidade entre esses dois termos. É esse o pensamento-chave da autonomia: a dependência.

O autor destaca a tríade indivíduo/sociedade/espécie, reforçando que “todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana” (MORIN, 2011, p. 49).

Pode-se observar isso na relação estudante-professor, quando se estabelece essa dependência ao mesmo tempo necessária na construção da autonomia. No processo de formação, o estudante se auto-eco-organiza a partir da relação estabelecida com o meio em que se encontra e com os atores que ali se estabelecem. O dizer desse estudante da quarta série, em relação à necessidade de avaliação, demonstra essa dependência:

Acho que falta bastante é o feedback. Sempre tem o roteiro, e preparar a gente vai, vai fazer, vai passar vergonha [risos], a gente vai ter vergonha de falar, principalmente nos primeiros anos. Agora, no quarto ano, a gente já não tem mais, mas a avaliação é muito importante, porque você vê os pontos que precisa mudar, o que errou, e quando uma pessoa de fora fala é muito melhor. (G4E2)

Desse modo, a recursividade se faz presente durante todo o processo de ensino e aprendizagem. Da mesma forma que o estudante depende do professor para o desenvolvimento da sua autonomia, como a célula depende do corpo para manter suas funções vitais, não é diferente a relação que se estabelece na outra via: o professor depende também do *feedback* da sua atuação para se auto-eco-organizar na sua prática. Um não existe sem o outro. Ao entender essa relação e a sua responsabilidade nesse processo de formação, o professor estará “reformando o seu pensamento”.

Berbel (2011) defende que desenvolver a autonomia pode suscitar novas características no estudante como motivação, engajamento, aprendizado significativo e melhoria dos desempenhos e do estado emocional. Dessa forma, o

professor, ao incentivar o estudante a utilizar os recursos para o seu próprio aprendizado, estará desenvolvendo nele a sua autonomia. Conforme Santos (2005), quando problematizamos, abrimos as possibilidades de aprendizagem, uma vez que os problemas têm a função de gerar conflitos cognitivos nos alunos, que são provocados a empreender uma busca pessoal.

Podemos refletir que o desenvolvimento da autonomia no estudante está relacionado não só à sua capacidade para a tomada de decisão, entre outras competências necessárias ao seu desempenho profissional, mas também à capacidade de desenvolver no outro a autonomia necessária para assumir as decisões sobre a sua saúde, conforme os princípios da educação popular em saúde.

Morin (2014) defende de maneira enfática a reforma do pensamento como uma necessidade democrática fundamental: formar cidadãos capazes de enfrentar os problemas de sua época é frear o enfraquecimento democrático, que suscita, em todas as áreas da política, a expansão da autoridade dos *experts*, especialistas de toda ordem, que restringe progressivamente a competência dos cidadãos.

Complementa dizendo que o bloqueio levantado pela necessidade de reformar as mentes para reformar as instituições é acrescido de um bloqueio mais amplo, que diz respeito à relação entre a sociedade e a escola. Uma relação que não é tanto de reflexo, mas de holograma e de recorrência. Assim, como um ponto único de um holograma contém em si a totalidade da figura representada, também a escola, em sua singularidade, contém em si a presença da sociedade como um todo. E, no aspecto recorrente, também a sociedade produz a escola, que produz a sociedade (MORIN, 2014, p. 100).

Neste momento, retomamos que a educação em saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito da saúde no País e, portanto, devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a consolidação do SUS e com a formação de recursos humanos em saúde, visando promover a apropriação do significado de saúde como direito por parte da

população e também a cidadania. Neste contexto, as IES tem a responsabilidade de abarcar tal desafio.

O princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, quanto à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais.

Nesse sentido, as DCN/ENF corroboram essa visão, pois, além de estarem comprometidas com os princípios do SUS, norteiam a formação de profissionais críticos, reflexivos, inseridos no contexto histórico-social, pautados em princípios éticos e capazes de intervir nos problemas/situações da atenção à saúde, onde se insere a atenção à saúde da população (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Recuperamos aqui o importante papel que as DCN/ENF tiveram na reestruturação dos currículos de diversas escolas, além de desencadearem mudanças na forma como as IES passaram a articular ensino, serviço e movimentos organizados da população, na perspectiva de contribuir para a formação do profissional da saúde, especialmente do enfermeiro.

Por esse ponto de vista, ainda podemos citar o Projeto UNI (Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde), o VER-SUS (Vivência Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde), o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), o Aprender-SUS (O SUS e os cursos de graduação na área da saúde) e o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), como exemplos expressivos da tentativa de aproximação entre ensino, serviço e comunidade, mediante a consecução de avanços nos projetos pedagógicos articulados com práticas de saúde e princípios do SUS (SILVA; SOUZA; FREITAS, 2011). Todas essas iniciativas foram ou ainda estão sendo realizadas no curso de Enfermagem em estudo.

Concluindo, entendemos que a discussão e a compreensão do objeto de estudo não se esgotam aqui e agora. Entretanto a imersão na trajetória pela qual o estudante do CI é conduzido para sua formação em educação em saúde evidenciando a proposta desse currículo, assim como as concepções dos professores e estudantes acerca do tema, demonstrando a compreensão do corpo social que compõe/vivencia o CI; e o olhar para a ação no cotidiano desse corpo social do qual emergem as potencialidades, desafios e sugestões para o desenvolvimento da educação em saúde como tema transversal, sob a perspectiva de alguns dos princípios do pensamento complexo, com o apoio da literatura específica, possibilitou alcançar a fusão de horizontes que produziram a contextualização e compreensão do objeto de estudo, de forma a ampliar e produzir conhecimento. Essa compreensão também é capaz de identificar novas interrogações, que poderão desencadear estudos posteriores.

6 Oficina com Professores
da Instituição de Estudo
sobre Temas Transversais

Considerando que as pesquisas têm como propósito não só o diagnóstico de uma situação, mas também o intervir nessa realidade, tive a oportunidade de vivenciar no último ano do doutorado uma oficina sobre as seivas, realizada com os professores da instituição em estudo, inclusive os do ciclo básico, ocorrida em agosto de 2016. O evento foi organizado pelo colegiado do curso em parceria com o Núcleo Docente Estruturante (NDE) e as coordenadoras do GFAS, que conduzem as pesquisas sobre os temas transversais.

As pesquisas sobre os temas transversais, que se iniciaram em 2010, têm produzido vários resultados desde então, mais que isso: têm proporcionado diferentes momentos de reflexão entre docentes, estudantes e o colegiado do curso. As variadas técnicas de coletas de dados, com destaque para os GF e entrevistas, têm permitido aos atores envolvidos nesse processo refletir e avaliar suas práticas relacionadas aos temas transversais. Desde então, criaram-se expectativas sobre momentos de socialização e trabalho coletivo. Nesse contexto, o colegiado solicitou ao GFAS que apresentasse os resultados das pesquisas e promovesse uma oficina sobre os temas transversais.

As atividades aconteceram em três períodos e objetivaram apresentar parte dos resultados das pesquisas realizadas pelo grupo, além de discutir de forma mais aprofundada três temas transversais escolhidos pelo grupo coordenador da oficina, sendo um deles a educação em saúde.

Num primeiro momento, foram apresentados os resultados das pesquisas realizadas, e o grupo foi sensibilizado quanto à importância dos temas transversais no CI. Na sequência, houve uma contextualização do referencial teórico da complexidade quanto aos princípios do conhecimento pertinente, como forma de preparar os professores para os trabalhos em grupo do próximo período.

Em um segundo momento, os professores foram divididos em três grupos de trabalho, e cada um ficou responsável por um dos temas transversais selecionados, para que se avaliasse como ele estava sendo abordado em cada módulo. O grupo deveria refletir com base na seguinte questão norteadora: *Como podemos potencializar a operacionalização do tema transversal/seiva nas quatro*

séries do curso? A questão norteadora ainda deveria subsidiar as seguintes reflexões:

- ▶ Explicitar em que momento em cada módulo das séries o tema transversal/seiva será discutido.

- ▶ Como abordar o contexto, o global e o multidimensional do tema transversal no seu módulo para alcançar o complexo e ganhar significado para o estudante?

- ▶ Como avaliar o tema no módulo, na série, no currículo?

Particpei das discussões no grupo de trabalho que analisou o tema transversal educação em saúde. Os resultados do debate foram apresentados em plenária por meio da seguinte síntese:

QUADRO 6 – Quadro demonstrativo da síntese do tema Educação em Saúde nos módulos da primeira série, elaborado pelos professores do Currículo Integrado.

| MÓDULO | ANÁLISE DA SEIVA NO MÓDULO | PROPOSTAS |
|--|---|--|
| A Universidade e o Curso de Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresenta a seiva e o conceito de forma explícita e intencional | – |
| Processo Saúde-Doença | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colabora na construção das metodologias de Educação em Saúde quando discute Determinação Social e Cidadania. ▪ O módulo realiza uma ação de lavagem das mãos que pode extrapolar para uma ação em saúde. ▪ Quando é discutida a cadeia de transmissão de doenças, também seria um momento potencial para discutir o conceito da seiva. ▪ Tem potencial para ser um módulo conceitual e relacional da seiva | Trabalhar a Política de Educação Popular em Saúde. |
| Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino, Serviço e Comunidade I | <ul style="list-style-type: none"> ▪ O Movimento 5 é sobre Educação em Saúde. ▪ É feita uma abordagem ampla, explícita e intencional. | – |
| Aspectos Morfofisiológicos e Psíquicos do ser humano | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Não contempla a seiva, mas é uma ferramenta essencial para construção dos fundamentos das ações de Educação em Saúde. ▪ A seiva já é trabalhada pelo PIM 1 no mesmo semestre. | – |

Fonte: Material apresentado em Oficina de Trabalho com Professores do Curso (2016).

QUADRO 7 – Quadro demonstrativo da síntese do tema Educação em Saúde nos módulos da segunda série, elaborado pelos professores do Currículo Integrado.

| MÓDULO | ANÁLISE DA SEIVA NO MÓDULO | PROPOSTAS |
|---|---|---|
| Práticas do Cuidar | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresenta a seiva de forma implícita. ▪ Módulo com potencial para ações de Educação em Saúde na área hospitalar. ▪ Pode trabalhar a seiva na orientação de alta hospitalar, autocuidado e técnicas, tanto para o paciente quanto para familiares. ▪ Unidade de sexualidade já trabalha a seiva de forma ampla na prática, mas falta explicitar e abordar o conceito teórico. | <p>ÁREA FUNDAMENTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Construir desempenho e habilidades. <p>UNIDADE DE SEXUALIDADE:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Resgatar o conceito teórico. – Construir desempenho e incluir na sequência de atividades a abordagem teórica. – Trocar o termo “oficina” por “Educação em Saúde” no cronograma. |
| Organização dos Serviços de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Não contempla a seiva. ▪ Traz ferramentas para construção da seiva quando discute a Autonomia do Usuário e o Controle Social. ▪ Tangencia o tema da seiva, mas não aborda diretamente. | – |
| Saúde do Adulto I | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A seiva aparece de forma intensa. ▪ Aparece na ementa do módulo. ▪ Estão descritos no caderno os comportamentos adequados do estudante nas ações de Educação em Saúde. ▪ É um módulo com grande potencial para Educação em Saúde na Atenção Básica, mas o texto do módulo não contempla tudo que acontece. | <p>Rever o texto do caderno do módulo.</p> <p>Construir desempenhos e sequência de atividades sobre os tipos de ações de Educação em Saúde possíveis no módulo.</p> |
| Central de Material e Biossegurança | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tem a seiva na árvore temática. ▪ Trata de saúde do trabalhador. | Construir sequência de atividades, desempenho e habilidades. |
| Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino, Serviço e Comunidade II | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Não havia representação no grupo. ▪ Acontece Educação em Saúde? ▪ Devolutiva para comunidade? ▪ Se sim, em todos os grupos? | ?? |

Fonte: Material apresentado em Oficina de Trabalho com Professores do Curso (2016).

QUADRO 8 – Quadro demonstrativo da síntese do tema Educação em Saúde nos módulos da terceira série, elaborado pelos professores do Currículo Integrado.

| MÓDULO | ANÁLISE DA SEIVA NO MÓDULO | PROPOSTAS |
|-----------------------------------|---|--|
| Saúde do Adulto II | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresenta a seiva de forma implícita. ▪ Módulo com potencial para ações de Educação em Saúde na área hospitalar. ▪ Trabalha Educação em Saúde na orientação de alta, autocuidado e visita pré e pós-operatória, tanto para o paciente quanto para familiares. ▪ A Educação em Saúde acontece o tempo todo. | Construir desempenho e habilidades. |
| Saúde da Mulher e Gênero | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caderno não explicita a seiva. ▪ Módulo realiza ações de Educação em Saúde na Área Hospitalar e na Atenção Básica. ▪ Contexto hospitalar e da atenção básica se confundem no caderno. | <p>Construir desempenho e habilidades.</p> <p>Dividir os diferentes contextos em unidades e separar os desempenhos do Hospital e Atenção Básica.</p> |
| Saúde da Criança e do Adolescente | <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Perfeito”!!! ▪ A prática na creche não é reconhecida como Educação em Saúde pelos alunos. | Explicitar a intenção da Educação em Saúde na creche. |

Fonte: Material apresentado em Oficina de Trabalho com Professores do Curso (2016).

QUADRO 9 – Quadro demonstrativo da síntese do tema Educação em Saúde nos módulos da quarta série, elaborado pelos professores do Currículo Integrado.

| MÓDULO | ANÁLISE DA SEIVA NO MÓDULO | PROPOSTAS |
|-----------------------------|---|---|
| Doenças Transmissíveis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seiva explícita na árvore temática. | Construir desempenhos e habilidades. |
| Saúde Mental | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seiva não aparece de forma explícita. ▪ Educação em Saúde é uma potencialidade do módulo nas ações de Educação em Saúde Mental. | Construir desempenhos e habilidades. Rever o caderno do módulo. |
| Cuidado ao Paciente Crítico | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seiva não aparece de forma explícita. | Construir desempenhos e habilidades. |
| Internato de Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde Coletiva – caderno perfeito! ▪ Área hospitalar – Educação em Saúde se transforma em educação permanente na árvore temática. ▪ Os alunos não acham que fazem Educação em Saúde no hospital (Internato) Entretanto, no caderno, a Educação em Saúde está explícita. O que acontece? | Rever a árvore temática. Explicitar a intenção e os momentos de Educação em Saúde no internato hospitalar. |

Fonte: Material apresentado em Oficina de Trabalho com Professores do Curso (2016).

Ao final, no momento de avaliação da oficina e síntese, o grupo destacou:

- ▶ O próprio processo coletivo de “olhar” a matriz curricular, na perspectiva das seivas, promoveu um retomar para “si” da própria proposta pedagógica do CI.
- ▶ Esse “olhar” promoveu a essência do significado do tema transversal – “aquilo que transpassa” ao longo dos módulos e séries.

- ▶ Instigou, ampliou o conceitual das seivas, como a sua operacionalização e mesmo a necessidade de fazer o exercício de retomar e rever cada seiva.
- ▶ Fomentou a atitude de “estar atento” para a habilidade docente de despertar o estudante, de provocar o espanto pelas seivas, em situações e momentos ao longo da formação, e não apenas no que está delineado, explicitado no caderno dos módulos.
- ▶ O momento permitiu explicitar, pela intencionalidade pedagógica, a discussão e transformAção que o momento educacional incita a formar enfermeiros críticos, reflexivos, pelos temas transversais.
- ▶ A *construção coletiva* novamente é a ferramenta para a mudança, a transformAção, isto é, fazer acontecer as seivas ao longo dos módulos/séries.

Primeiramente, é importante refletir sobre o processo de organização e implementação da oficina. Desde a concepção e preparação, houve um esforço conjunto entre os membros do GFAS (coordenadores e pesquisadores), no intuito de concentrar esforços para a apresentação dos resultados. O colegiado teve um papel fundamental na divulgação e sensibilização dos docentes, que resultou em uma participação significativa, incluindo muitos docentes do ciclo básico, ansiosos por aprender sobre as seivas e implementá-las em seus respectivos módulos.

Isso repercutiu na participação de todos nos grupos de trabalhos e nas discussões em plenária, contribuindo com propostas sobre as seivas para serem implantadas nos módulos, gerando resultados de forma efetiva.

Ao analisar o processo vivenciado na oficina e os resultados alcançados quanto ao tema transversal educação em saúde, num entrelaçamento com a proposta deste estudo, pudemos perceber o quanto foi significativo e

produtivo. Foi possível ampliar a percepção da análise documental, por meio da síntese construída no grupo de trabalho e já observada anteriormente nas entrevistas com os docentes. Em outras palavras, nesse momento, outro grupo de professores fez a análise e discussão de como a seiva estava sendo trabalhada nos módulos e eu pude, de certa forma, apresentar os resultados da análise documental desta pesquisa.

A síntese da análise documental dos cadernos de planejamento construída pelo grupo de trabalho apontou resultados muito semelhantes ao deste estudo, destacando que, para alguns módulos, a percepção do grupo para inserir desempenhos sobre educação em saúde em alguns módulos diferiu da proposta aqui apresentada.

Por outro lado, diversas questões práticas emergiram nos debates em plenária sobre o desenvolvimento das seivas nos módulos e puderam ser discutidas entre os docentes; mesmo não se encontrando propostas para todas, acabaram por se tornar o momento de “conversa” entre os módulos.

Surgiram ainda nas plenárias as dúvidas quanto ao conceito ampliado de educação em saúde, que engloba a EPS e a educação continuada, permitindo que se discutisse o tema na perspectiva teórica deste estudo.

A própria síntese da oficina, por fim, se aproximou muito dos desafios para se desenvolver o tema transversal, elencados pelos docentes neste estudo, como a necessidade de rever o conceito de cada seiva e de despertar intencionalmente o interesse dos estudantes para elas.

Embora a realização da oficina tenha se constituído em um grande avanço para os temas transversais no CI, e mais especificamente para a educação em saúde, fica claro a necessidade de vivenciar o movimento de sucessivas aproximações por um processo que não se limita a essa oficina. A aplicação dos resultados nos cadernos de planejamento e sua implementação nos módulos é o grande desafio para nós, pesquisadores dos temas transversais, e também para o colegiado, que assumiu o compromisso de conduzir essa tarefa.

É fato ainda que apenas estas estratégias não significam que o estudante apreenderá o tema educação em saúde na sua formação, pois elas têm a finalidade de tentar alcançar o conhecimento pertinente e a compreensão intelectual, conforme proposto por Morin (2008). Ficam ainda o desafio de ensinar a compreensão humana e desenvolver a autonomia, questões que demandam mudanças mais profundas.

Dessa forma, acrescentamos que a vivência nesses espaços de aprendizagem, com iniciativas de ações de educação em saúde ancoradas nos princípios da educação popular, pode se configurar em boas práticas pedagógicas na formação do profissional que se deseja. Acreditamos também que a formação para a educação em saúde não se dá apenas nos espaços formais da universidade, mas se faz contínua, em um processo de construção do conhecimento que acompanha o profissional ao longo da sua trajetória. Ele será desafiado continuamente em um universo de incertezas na sua caminhada profissional sobre o melhor caminho a seguir, a melhor estratégia a adotar, mas guiado pela certeza de que o cuidado da população deve ser sempre pautado no respeito, na ética, na humanização, e as práticas educativas baseadas em compartilhar saberes. Quanto a isso nos lembra Morin (2011, p. 17): “é preciso aprender a navegar em oceanos de incerteza em meio a arquipélagos de certeza”.

7 Considerações Finais

O desenvolvimento de uma pesquisa pressupõe que, ao final da etapa de análise dos dados, se faça uma reflexão sobre a trajetória percorrida. Devemos considerar não só o alcance dos objetivos propostos, mas também o aprendizado obtido, haja vista que a pesquisa não termina quando se divulgam seus resultados: como um movimento dinâmico, ela continua a produzir seus efeitos sempre que propicia as mudanças desejadas.

Na perspectiva hologramática, não há como desconsiderar que, durante o processo, desde a coleta de dados com os GF, as observações, as entrevistas e o “mergulho profundo” nos documentos, passa-se a ser “parte de um todo” e o “todo” está em você. Se a educação em saúde sempre esteve presente, de alguma forma, na minha trajetória profissional, agora, impregnada pelos quatro anos de vivência do tema, ela faz parte da minha vida. Portanto de tudo fica a principal parte: o crescimento pessoal e profissional.

As motivações iniciais para este estudo — gestadas desde a conclusão do mestrado, na vivência como enfermeira assistencial e como docente na formação de novos profissionais de saúde — convergiram para compreender como o tema transversal educação em saúde está sendo desenvolvido na formação do enfermeiro.

Esses quatro anos também me possibilitaram conhecer e ampliar o conhecimento sobre o referencial teórico escolhido, oferecendo-me novas perspectivas teóricas sobre a educação em saúde, fundamentais para a compreensão do contexto do objeto de estudo. Complementando, a opção metodológica, com a triangulação dos dados oriundos de diferentes técnicas de coletas e a abordagem crítico-hermenêutica, permitiu melhor compreender o fenômeno da formação profissional enquanto processual e dinâmico.

Os resultados aqui apresentados estabelecem, portanto, a visão desta pesquisadora sobre o objeto de estudo, em um momento espaçotemporal que pode ser transposto para outras realidades, desde que consideradas suas próprias vivências e especificidades.

No cenário de estudo, e sob a luz da complexidade, no que tange ao conhecimento pertinente, o tema transversal educação em saúde está sendo desenvolvido em todas as séries do currículo. Embora o tema esteja sendo trabalhado sob diferentes contextos, para que o conhecimento sobre educação em saúde seja pertinente, é necessário, além da compreensão do contexto, o reconhecimento do multidimensional, do global e do complexo; nesse sentido, a análise dos dados não nos permite afirmar com certeza que esses outros princípios estejam sendo alcançados em toda a sua potencialidade.

Podemos ressaltar a falta de momentos de teorização do tema nas séries e a falta de atividades programadas intencionalmente como pontos que dificultam a apreensão do objeto de estudo em sua totalidade. Os estudantes conseguem vivenciar diversas experiências significativas de aprendizagem, como a oficina de sexualidade e as atividades nos CEIs, no entanto, não fazem reflexão a respeito de tais experiências sob o ponto de vista das diversas dimensões da educação em saúde, dificultando a apreensão do objeto de estudo em sua totalidade. É importante valorizar e integrar essas diferentes práticas, para que adquiram sentido global para o estudante, quando vistas no conjunto.

Apenas dessa forma alcançaríamos a dimensão complexa do conhecimento pertinente. Isso permitiria conceber a educação popular em saúde com base em um saber compartilhado, em que usuários e profissionais da área da saúde articulam o seu conhecimento (a sua parte) na prática educativa (o todo). Essa configuração ainda não se concretizou, motivo por que permanece o desafio para as IES lapidarem, na formação, o princípio do conhecimento pertinente.

O conceito dos professores sobre educação em saúde contempla diferentes dimensões que envolvem, para alguns, o referencial da educação popular em saúde como um processo educativo de construção de conhecimento, para além da transmissão de informações, que envolve a corresponsabilização dos profissionais e dos usuários, um processo de troca de saberes, diálogo, negociação, compartilhar experiências, estabelecer pactos, sempre considerando a realidade dos usuários. Por outro lado, há também professores que

apresentaram em suas concepções características do modelo tradicional de educação em saúde, e os que incorporaram ao conceito a EPS e a educação continuada. Essas diferenças nos levam a refletir sobre a necessidade de diferentes abordagens com eles sobre as questões teóricas do tema em estudo.

Os conceitos dos estudantes, por sua vez, são mais voltados ao modelo tradicional, com a utilização de estratégias como palestras e aulas. O uso de expressões como “você vai definir o tema”; “você vai passar aquele conhecimento” revela outros elementos incorporados do modelo tradicional, no qual o conhecimento científico se sobrepõe ao popular, ou mesmo não considera o saber popular.

Quanto ao ensino da compreensão humana, defendido por Morin, os estudantes apresentaram lacunas em relação à compreensão intelectual de educação em saúde, mas, em contrapartida, indícios de um processo em desenvolvimento da compreensão humana propriamente dita. Eles expressaram conceitos confusos ao final da quarta série, com incorporação de EPS e educação continuada, de modo semelhante aos docentes. A formulação do conceito ainda carece de estrutura e aproximação ao objeto de estudo, por meio de momentos de teorização, pois a experiência de aprendizagem se sobrepôs ao conceito, particularmente pelo método e exemplo de como foi realizada e que pode ser replicada. Os estudantes não utilizaram a expressão educação popular nem incluíram ao conceito elementos da sua prática.

Defendemos que o professor pode promover essa aprendizagem desde as primeiras séries do curso, possibilitando maior aprofundamento sobre o assunto, com mais propriedade, nos momentos de reflexão sobre o tema, principalmente se associados às práticas desenvolvidas, uma vez que estas têm se tornado experiências significativas de aprendizagem.

Cabe aqui destacar o papel do colegiado do curso como dinamizador da proposta pedagógica adotada, capacitando e subsidiando a ação docente, de modo a fortalecer a discussão dos temas transversais. Nesse sentido, podemos apontar a iniciativa da Oficina das Seivas, que foi um passo na tentativa

de discutir o problema e apontar caminhos. Não se pode, todavia, limitar a proposta de intervenções a esse único momento, mas também dar subsídios aos professores para que desenvolvam as mudanças nos módulos com base nas necessidades levantadas na Oficina.

Entendemos que ainda resta o desafio de educar para a compreensão humana. Os professores incorporam em seus conceitos o ensinar a ser solidário, a ser empático, a se colocar no lugar do outro em um processo de escuta ativa. Morin alerta, entretanto, que isso não é algo que se ensine, mas que vem da mudança de pensamento, pois implica identificar-se e projetar-se com o outro.

Os resultados empíricos também apontaram os desafios e as potencialidades — elencados pelos docentes — para desenvolver educação em saúde nos módulos. Na visão dos professores, os desafios estão ligados ao próprio docente e a questões estruturais e administrativas do currículo, como divisão do número de estudantes por docente em campos de prática e, conseqüentemente, as poucas oportunidades de vivências práticas nos campos. A subdivisão dos módulos em períodos muito curtos também foi citada, pois dificulta estabelecer vínculo com o usuário/cliente em curtos espaços de tempo, como são desenvolvidos os módulos atualmente, divergindo do ideal para a prática educativa baseada em trocar, compartilhar saberes. Apontaram ainda a resistência de alguns docentes em desenvolver a seiva em seus módulos e da pouca sensibilização para o tema. Ao mesmo tempo, os docentes têm visão otimista quanto às potencialidades, apontando o próprio currículo com o seu desenho, que propõe a integração do básico com o clínico e os diversos campos de prática. Também mencionaram o perfil do corpo docente como potencialidade, com professores que atuam como constantes incentivadores do estudante nas mais diversas situações: professores preparados, abertos ao diálogo e sempre dispostos a fazer algo diferente e melhor.

Os estudantes dos GF fizeram poucas sugestões, restringindo-se às experiências vivenciadas até o momento do curso e referiram-se à mais

práticas, geralmente associadas com discussões teóricas, enquanto os da quarta série enfatizaram a necessidade da teoria desde as primeiras séries. Eles não conseguiram visualizar potencialidades.

Houve sugestões dos docentes para o desenvolvimento do tema transversal nos módulos, as quais compreendiam questões específicas, como discorrer teoricamente sobre o tema com os estudantes e professores, objetivando esclarecer conceitos, e também sugestões abrangentes, como não perder a ousadia das mudanças robustas, a exemplo do que foi a própria implantação do CI.

Quanto a isso, cabem algumas reflexões, uma vez que já se discutiu a necessidade de teorização do tema e propostas estão sendo encaminhadas. Quanto ao aspecto da ousadia para a realização de mudanças mais radicais, é mais difícil conseguir respostas. Todavia não se pode desconsiderar que o corpo docente do curso vem passando por uma transição intensa nos últimos anos, com docentes se aposentando, muitos dos quais vivenciaram todos esses momentos de transformação curricular e de implantação do CI, bem como a discussão das seivas. Temos no momento um corpo docente mais jovem em idade e formação, que não vivenciou esse processo, restando disso algumas questões: *Esses docentes compreendem e valorizam a proposta das seivas do mesmo modo que aqueles que a implantaram no CI? As diversas capacitações sobre CI e temas transversais terão o mesmo efeito sobre eles? A influência maior se dá pelo professor ou se sustenta pela proposta de ensino-aprendizagem adotada pelo CI?*

Tais questões, embora não tenham se configurado num limite para este estudo, podem, em determinado momento futuro, requerer novas investigações. O que fica no presente é a compreensão de um fenômeno que extrapola os muros desta escola, uma vez que a formação do enfermeiro para educação em saúde é condição essencial para o exercício da profissão em todos os cenários de atenção à saúde.

Acreditamos que os resultados desta pesquisa podem contribuir com outras IES que desejem rever as suas concepções de práticas educativas em

saúde, queiram trabalhar com os temas transversais ou com a formação do enfermeiro para a educação em saúde.

Conforme o dizer de um professor: *A gente tem a semente, tem o solo, tem o adubo, tem a água: eu acho que é questão da gente juntar esses elementos num mesmo lugar, com intencionalidade.* Os resultados nos mostraram que estamos no caminho certo: a formação estará se dando na perspectiva da complexidade de Morin.

Referências

- ALMEIDA, M. J. **A organização dos serviços de saúde em Londrina**: antigos e novos registros de uma experiência em processos. Londrina: Inesco, 2013.
- ALMEIDA, M. C.; CARVALHO, E. A. Prefácio. In: MORIN, E. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. Tradução de Edgard de Assis Carvalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 9-12.
- ÁLVAREZ MÉNDEZ, J. M. **Avaliar para conhecer, examinar para excluir**. Tradução de Magda Schwarzhaupt Chaves. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set./fev. 2005.
- ANASTASIOU, L. G. C. Da visão de ciência à organização curricular. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. (Org.). **Processos de ensinagem na universidade**. 10. ed. Joinville: Univille, 2012. p. 40-65.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, p. 20-31, jun. 2007. Suplemento 1.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Carta de Brasília. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 68., 2016, Brasília. **Anais eletrônicos**... Brasília: [ABEn], 2016a. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/home/Carta_Brasilia.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Carta do centro de educação da ABEn a favor da qualidade da formação de enfermeiros/as no Brasil**. 2016b. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/home/CartaCentroEducacao2015.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Carta de Maceió para a educação em enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 646-648, jul/ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0646.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Carta do 15º SENADEN. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 15., Curitiba. **Anais eletrônicos**... Brasília: ABEn, 2016c. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/home/15SENADEN2016.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2016.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

BACKES, D. S. et al. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 421-426, maio/jun. 2010.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina**: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://migre.me/qdtPu>>. Acesso em: 29 set. 2016.

BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 30. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 jun. 1986. Seção 1, p. 9275-9279.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, P. 18055. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 5 set. 2016.

BRASIL. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**. Brasília, MEC, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Mortalidade - Brasil**: óbitos p/Ocorrência por capítulo CID-10 segundo região. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 1 out. 2016.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Pró-saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: MEC, 2009. Disponível em: <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/prosaude.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: MEC, 2007. (Serie B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: MEC, 2013. (Serie B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: MEC, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Manual de apoio aos gestores do SUS para a implementação do COAPES**. Brasília: MEC, 2015. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/manual-coapes-22-01-2016.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.
- BRASIL. Portaria Nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Dispõe sobre currículo mínimo e duração do Curso de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 16 dez. 1994. Seção 1, n. 238, p. 19801-802.
- CARVALHO, B. G. **Coordenação de unidade da atenção básica no SUS**: trabalho, interação e conflitos. 2012. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2029-2040, jan./dez. 2008. Suplemento 2.
- CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: EDUEL, 2001. cap. 2, p. 27-60.
- CHAVES, S. E. Macropolitical and micropolitical movements in the undergraduate teaching on nursing. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 325-336, Apr./June. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Decreto Nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1987. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 23 set. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior . Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2016..

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS 466/12, de 12 de dezembro de 2012.** Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 23 set. 2016.

CORBELLINI, V. L. et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 555-560, jul./ago. 2010.

CORDONI JUNIOR, L. **Medicina comunitária**: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira. 1979. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Madrid: Pirámide, 1996.

DAVID, H. M. S. L.; BONETTI, O. P.; SILVA, M. R. F. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a política nacional de educação popular em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 179-185, jan./fev. 2012.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DECROP, A. Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers. **Recherche et Applications en Marketing**, Saskatoon, v. 19, n. 2, p. 126-127, Juin 2004.

DELORS, J. et al. **Educação um tesouro a descobrir**: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

DEMO, P. **Mitologias da avaliação**: de como ignorar, em vez de enfrentar problemas. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 2010.

- DESSUNTI, E. M. et al. Contextualização do currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. In: KIKUCHI, E. M.; GUARIENTE, M. H. D. M. (Org.). **O currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. 2. ed. Londrina: UEL, 2014. cap. 1, p. 31-46.
- DESSUNTI, E. M. et al. O Curso de Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina: uma história de lutas e realizações. In: DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. (Org.). **O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade**. São Paulo: HUCITEC, 2005. cap. 1, p. 20-35.
- DOWDING, T. J. The Application of a spiral curriculum model to technical training curricula. **Educational Technology**, Englewood, v. 33, n. 7, p. 18-28, July 1993.
- DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1046-1049, set./out. 2007.
- FALCÓN, G. S.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 343-51 abr./jun. 2006.
- FERNANDES, C. N. S. Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 691-693, jul./ago. 2004.
- FERNANDES, J. D. A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: TEIXEIRA, E. et al. (Org.). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**. Brasília: INEP, 2006.
- FERNANDES, J. D. ; REBOUÇAS, L. C Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 95-101, set. 2013. Número especial.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2010.
- FORTIN, R. **Compreender a complexidade: introdução ao método de Edgar Morin**. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2007.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 53. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016a.

- FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016b.
- GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, 2001.
- GARANHANI, M. L. et al. Integrated nursing curriculum in Brazil: a 13-year experience. **Creative Education**, Falls Church, VA, v. 4, n. 12, p. 66-74, Jan. 2013. Disponível em: <<http://migre.me/r9D8s>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- GARANHANI, M. L. et al. Princípios norteadores do projeto pedagógico do currículo integrado do curso de enfermagem. In: KIKUCHI, M. E.; GUARIENTE, M. H. D. M. (Org). **Currículo integrado**: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. 2. ed. Londrina: UEL, 2014. cap. 3, p. 81-96.
- GARANHANI, M. L. et al. O processo de construção do currículo integrado da UEL. In: DELLARROZA, M. S. G; VANUCCHI, M. T. O. (Org.). **O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**: do sonho a realidade. São Paulo: HUCITEC, 2005. cap. 2, p. 36-51.
- GARANHANI, M. L.; VALLE, E. R. M. **Educação em enfermagem**: análise existencial em um currículo integrado sob o olhar de Heidegger. Londrina: EDUEL, 2010.
- GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.
- GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev. 2005.
- GAZZINELLI, M. F. C. et al. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-571, set./dez. 2013.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GUARIENTE, M. H. D. M. et al. Gestão colegiada do currículo integrado do curso de enfermagem. In: KIKUCHI, M. E.; GUARIENTE, M. H. D. M. (Org.). **Currículo integrado**: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina: UEL, 2014. cap. 2, p. 47-80.

- GUARIENTE, M. H. D. M. et al. Seivas do currículo integrado de enfermagem. In: KIKUCHI, M. E.; GUARIENTE, M. H. D. M. (Org.). **Currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. Londrina: UEL, 2014. cap. 5, p. 115-150.
- HOFFMANN, J. **Avaliar para promover: as setas do caminho**. 15. ed. Porto Alegre: Mediação, 2014.
- IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001.
- ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-520, dez. 2006.
- KELLER-FRANCO, E.; KUNTZE, T. D.; COSTA, L. S. Inovação curricular na formação dos profissionais da saúde. **Revista e-Curriculum**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 1-14, ago. 2012.
- KIKUCHI, E. M. et al. Avaliação da aprendizagem no currículo integrado. In: KIKUCHI, M. E.; GUARIENTE, M. H. D. M. (Org.). **Currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. 2. ed. Londrina: UEL, 2014. cap. 6, p. 151-168.
- KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.
- KNOBBE, M. M. Compreender é transgredir. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, v. 14, n. 34, p. 101-109, dez. 2007.
- L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, out./dez. 1994.
- LALUNA, M. C. M. C.; FERRAZ, C. A. Finalidades e função da avaliação na formação de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 641-645, nov./dez. 2007.
- LOPES, A. C. **Políticas de integração curricular**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2008.
- LOPES, A. C.; MACEDO, E. **Teorias de currículo**. São Paulo: Cortez, 2011.
- LOPES, A. C. L.; DIAS, D. E.; ABREU, R. G. **Discursos nas políticas de currículo**. Rio de Janeiro: FAPERG, 2011.

- LOPES NETO, D. et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 627-634, nov./dez. 2007.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.
- MARTINÉLI, D. D. et al. Avaliação do currículo da graduação em enfermagem por egressos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 524-529, jul./set. 2011.
- MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2133-2144, jan./dez. 2008. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.
- MORAES, M. C. Complexidade e currículo: por uma nova relação. **Polis**, versão on-line, Santiago, v. 9, n. 25, p. 289-311, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/polis/v9n25/art17.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.
- MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 21. ed. Tradução de Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- MORIN, E. **Meu caminho**: entrevistas com Djénane Kareh Tager. Rio de Janeiro: Bertrand-Brasil, 2010a.
- MORIN, E. **O método 3**: o conhecimento do conhecimento. Tradução de Juremir Machado da Silva. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005a.
- MORIN, E. **O método 5**: a humanidade da humanidade: a identidade humana. Tradução de Juremir Machado da Silva. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005b.
- MORIN, E. **A religação dos saberes**: o desafio do século XXI. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b.

- MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- MORIN, E.; CIURANA, E. R.; MOTTA, R. D. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana**. São Paulo: Cortez, 2003.
- MORIN, E.; MOIGNE, J. L. L. **A inteligência da complexidade**. 8. ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
- MOUTINHO, C. B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 253-272, maio/ago. 2014.
- NUNES, E. F. P. A. et al. Práticas de interação ensino, serviço e comunidade: caminhos, desafios e perspectivas. In: KIKUCHI, M. E.; GUARIENTE, M. H. D. M. (Org.). **Currículo integrado: a experiência do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. 2. ed. Londrina: UEL, 2014. cap. 8, p. 183-198.
- OLIVEIRA, R. M. **A produção do conhecimento em escala local: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares**. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Brasília: OMS, 1979. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 30 set. 2016. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- OPTIZ, S. P. et al. O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 314-319, 2008.
- PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 587-603.
- PETRAGLIA, I. C. Complexidade e auto-ética. **EccoS: Revista Científica**, Centro Universitário Nove de Julho, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-17, jun. 2000.
- PETRAGLIA, I. C. **Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- PINAFO, E. et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 201-21, jul./out. 2011.

- PRADEBON, V. M. et al. A teoria da complexidade no cotidiano da chefia de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 13-22, 2011.
- RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 17-26, maio 2001.
- REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde**: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2006.
- REIS, T. C. et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 219-223, abr./jun. 2013. Disponível em:
<http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abr-jun/V31_n2_2013_p219a223.pdf>. Acesso em: 02 set. 2016
- RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto**: enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez. 2008.
- REZENDE, L. A. Metodologia do ensino: liames. In: OLIVEIRA, D. E. M. B.; SANTOS, A. R. J.; REZENDE, L. A. (Org.). **Formação de professores e ensino**: aspectos teóricos-metodológicos. Londrina: UEL, 2011. p. 93-116.
- RIBEIRO, F. N. Edgar Morin, o pensamento complexo e a educação. **Pró-Discente**, Vitória, v. 17, n. 2, p. 40-50, jul./dez. 2011.
- RICOUER, P. **Hermenêutica e ideologias**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- RICOUER, P. The model of the text: meaning ful action considered as a text. In: _____. **New literary history**. What is literature? Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1973. p. 91-117. Disponível em:
<[file:///C:/Users/Andreia%20Gastaldi/Downloads/qr662vh0180%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Andreia%20Gastaldi/Downloads/qr662vh0180%20(1).pdf)>. Acesso em: 26 set. 2016.
- RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como espaço para a educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477- 486, mar./abr. 2007.
- RODRIGUES, A. W. **História em perspectiva**. Edgar Morin: vida, produção bibliográfica e diálogo com a história. 2011. Disponível em:
<<http://www.historiaemperspectiva.com/2011/10/edgar-morin-vida-producao-bibliografica.html>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

- ROMANO, R. A. T. Da reforma curricular à construção de uma nova práxis pedagógica: a experiência da construção coletiva de um currículo integrado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 78-83, jul./dez. 2000.
- ROSA, R. B. et al. A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 185-92, 2006.
- SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado: Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- SANTOS, J. C. F. **O papel do professor na promoção da aprendizagem significativa**. 2005. Disponível em: <<http://juliofurtado.com.br/papeldoprof.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul./ago. 2012.
- SAVIANI, D. **Educação**: do senso comum à consciência filosófica. 19. ed. São Paulo: Autores Associados, 2013.
- SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica**: primeiras aproximações. 12. ed. Campinas: Autores Associados, 2014.
- SILVA, A. L.; CAMILLO, S. O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 403-410, dez. 2007.
- SILVA, B. P. L. A teoria da complexidade e o seu princípio educativo: as ideias educacionais de Edgar Morin. **Polyphonia**, Goiânia, v. 22, n. 2. p. 241-254, jul./dez. 2011.
- SILVA, C. M. C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, jan./ago. 2010.
- SILVA, J. F. Introdução: avaliação do ensino e da aprendizagem numa perspectiva formativa. In: SILVA, J. F.; HOFFMANN, J.; ESTEBAN, M. T. (Org.). **Práticas avaliativas e aprendizagens significativas em diferentes áreas do currículo**. 10. ed. Porto Alegre: Mediação, 2013.

SILVA, J. P.; ROTENBERG, S.; VIANNA, E. C. Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 119-136, jul. 2004.

SILVA, L. C. et al. Pensamento complexo: um olhar em busca da solidariedade humana nos sistemas de saúde e educação. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 613-19, out./dez. 2006.

SILVA, M. G. et al. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto: enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-84, jan./mar. 2010.

SILVA, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-321, mar./abr. 2011.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 159-170, jan. 2013.

SORIANO, E. C. I. et al. Os cursos de enfermagem frente às diretrizes curriculares nacionais: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 9, p. 7702-7709, abr. 2015. Suplemento 3.

SOUBHIA, Z. et al. Estruturação dos conceitos/temas transversais: seivas. In: DELLAROZA, M. S. G.; VANUCCHI, M. T. O. (Org.). **O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho a realidade**. São Paulo: HUCITEC, 2005. cap. 6, p. 112-134.

TACLA, M. T. G. M. et al. Boas práticas de ensino no currículo integrado de enfermagem. In: KIKUCHI, M. E.; GUARIENTE, M. H. D. M. (Org.). **Currículo integrado: a experiência do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. 2. ed. Londrina: UEL, 2014. cap. 4, p. 97-114.

TORRES, G. V.; ENDERS, B. C. Atividades educativas na prevenção de AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 71-77, abr. 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas: 2007.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Centro de Ciências de Saúde. Curso de Enfermagem. **Corpo docente**. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/enfermagem/acessar.php/cdo.html>>. Acesso em: 30 set. 2016a.

- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Pró-Reitoria de Planejamento. **Missão**. Londrina, 2016b. Disponível em: <<http://migre.me/raQWu>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. QS University rankings: Latin America 2013-2016. In: _____. **UEL em dados 2016**. 2016c. Disponível em: <http://www.uel.br/proplan/portal/pages/arquivos/uel_em_dados/folder_uel_em_dados_2016.pdf>. Acesso em: 30 set. 2016.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Resolução CEPE nº 027/2016. Aprova a adesão da Universidade Estadual de Londrina (UEL) ao Sistema de Seleção Unificada (SISU) para Cursos de Graduação da UEL e sua regulamentação para a 1ª edição: 2017. Londrina, 2016d. Disponível em: <<http://www.cops.uel.br/v2/Selecao/DetalharSelecao/Selecao/208>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Resolução CEPE nº 0256/2009. Reformula o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem, a ser implantado a partir do ano letivo de 2010. Londrina, 2009. Disponível em: <<http://migre.me/rauhG>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- VALE, E. G.; GUEDES, M. V. C. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 475-478, jul./ago. 2004.
- VANNUCHI, M. T. O. et al. O internato de enfermagem no currículo integrado. In: KIKUCHI, M. E.; GUARIENTE, M. H. D. M. (Org.). **Currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. 2. ed. Londrina: UEL, 2014. cap. 9, p. 199-214.
- VANNUCHI, M. T. O.; MELCHIOR, R. (Org.). **Internato de enfermagem: área hospitalar**. Londrina: UEL, 2013.
- VASCONCELOS, C. M. C. B.; BACKES, V. M. S.; GUE, J. M. Avaliação no ensino de graduação em enfermagem na América Latina: uma revisão integrativa. **Enfermería global**: Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, Murcia, n. 23, p. 118-139, Jul. 2011. Disponível em: <<http://migre.me/raNM5>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 73-99.

WENDHAUSEN, A. L. P.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia saúde da família. **Texto & Contexto**: enfermagem, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25, jan./mar. 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu Andréia Bendine Gastaldi, brasileira, casada, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, inscrito no CPF/MF sob o nº 130 931 548 – 55, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM CURRÍCULO INTEGRADO”**, a que tiver acesso nas dependências do Colegiado de Enfermagem do Centro de Ciência da Saúde, sub-unidade CCS e na PROGRAD, unidade UEL.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia, acima mencionada. A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, 30/10/2013.

ANDRÉIA BENDINE GASTALDI

Profa. Assistente do Departamento de Enfermagem - UEL
Fone: (43) 3371-2249

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO — ESTUDANTES GRUPO FOCAL —

“A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM CURRÍCULO INTEGRADO”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM CURRÍCULO INTEGRADO” realizada no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é compreender como o tema transversal educação em saúde está sendo desenvolvido na formação do enfermeiro.

A sua participação é muito importante e ela se dará mediante técnica do Grupo Focal, na qual você é convidado a responder sobre o tema educação em saúde na formação do enfermeiro. Esta atividade será gravada por gravador de voz e/ou filmada e acontecerá mediante agendamento na sua conveniência e em ambiente privativo e propício a gravação.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os depoimentos serão submetidos a análise de conteúdo e serão incinerados após utilização a que se destina.

Os benefícios esperados são resgatar a trajetória da proposta curricular do Curso de Enfermagem e possibilitar a reflexão quanto ao alcance do Currículo

Integrado na formação do enfermeiro pretendido, bem como subsidiar outras escolas quanto ao modelo acadêmico construído. Não existem riscos aos participantes do estudo.

Informamos que o participante da pesquisa não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contactar Andréia Bendine Gastaldi, Rua dos Cambarás, 216, fone 3371-2249 ou cel 9119-8703, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário – telefone 3371-5455 ou por email: cep268@uel.br .

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador Responsável

RG::15.818.078-1/SP

(nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO DOS ESTUDANTES DA 4 SÉRIE

Caro aluno,

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa “**A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM CURRÍCULO INTEGRADO**”, que faz parte do meu doutoramento em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é compreender como o tema transversal educação em saúde está sendo desenvolvido na formação do enfermeiro. Para isso gostaria que você respondesse as questões abaixo. Desde já agradeço sua colaboração.

Prof. Andréia Bendine Gastaldi
Departamento de Enfermagem

1. O que você entende por Educação em Saúde?
2. Dentre as atividades de Educação em Saúde que você realizou na graduação qual você considera que foi a mais significativa para o seu aprendizado?
3. Tem alguma sugestão para aprimorar/melhorar o aprendizado da Educação em Saúde na graduação em Enfermagem?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO — ESTUDANTES 4º SÉRIE —

“A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM CURRÍCULO INTEGRADO”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “**A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM CURRÍCULO INTEGRADO**” realizada no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é compreender como o tema transversal educação em saúde está sendo desenvolvido na formação do enfermeiro.

A sua participação é muito importante e ela se daria mediante técnica de Entrevista, na qual você é convidado a responder sobre o tema educação em saúde na formação do enfermeiro. Esta atividade será respondida por escrito por você e acontecerá mediante agendamento na sua conveniência e em ambiente privativo e propício a sua participação.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os depoimentos serão submetidos à análise de conteúdo e serão incinerados após utilização a que se destina.

Os benefícios esperados são resgatar a trajetória da proposta curricular do Curso de Enfermagem e possibilitar a reflexão quanto ao alcance do Currículo Integrado na formação do enfermeiro pretendido, bem como subsidiar outras

escolas quanto ao modelo acadêmico construído. Não existem riscos aos participantes do estudo.

Informamos que o participante da pesquisa não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contactar Andréia Bendine Gastaldi, Rua dos Cambarás, 216, fone 3371-2249 ou cel 9119-8703, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário – telefone 3371-5455 ou por email: cep268@uel.br .

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador Responsável

RG: 15.818.078-1/SP

(nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE E

ROTEIRO ENTREVISTA – DOCENTES

1. Como você vê a *educação em saúde* na prática da enfermagem?
2. Como você percebe a *educação em saúde* na formação do enfermeiro?
3. De uma forma sucinta, como você, conceituaria *educação em saúde*?
4. Como a *educação em saúde* está sendo desenvolvida no(s) módulo(s) que você atua?
5. Essas atividades fazem parte da avaliação de aprendizagem do estudante, no módulo?
6. Existe alguma outra atividade fora do módulo, em que você percebe que o estudante desenvolve *educação em saúde*? (pesquisa/extensão/outros)
7. Quais as dificuldades/desafios que você encontra para desenvolver a *educação em saúde* na sua prática docente?
8. Você acha que existem facilidades/potencialidades para isso?
9. Você tem sugestões para melhorar o desenvolvimento do tema transversal *educação em saúde* no CI?

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO — DOCENTES —

“A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM CURRÍCULO INTEGRADO”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa **“A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM CURRÍCULO INTEGRADO”** realizada no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é compreender como o tema transversal educação em saúde está sendo desenvolvido na formação do enfermeiro.

A sua participação é muito importante e ela se dará mediante técnica de Entrevista, na qual você é convidado a responder sobre o tema educação em saúde na formação do enfermeiro. Esta atividade será gravada por gravador de voz e/ou filmada e acontecerá mediante agendamento na sua conveniência e em ambiente privativo e propício a gravação.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os depoimentos serão submetidos a análise de conteúdo e serão incinerados após utilização a que se destina.

Os benefícios esperados são resgatar a trajetória da proposta curricular do Curso de Enfermagem e possibilitar a reflexão quanto ao alcance do Currículo Integrado na formação do enfermeiro pretendido, bem como subsidiar outras

escolas quanto ao modelo acadêmico construído. Não existem riscos aos participantes do estudo.

Informamos que o participante da pesquisa não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contactar Andréia Bendine Gastaldi, Rua dos Cambarás, 216, fone 3371-2249 ou cel 9119-8703, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário – telefone 3371-5455 ou por email: cep268@uel.br .

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador Responsável

RG: 15.818.078-1/SP

(nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Anexos

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

| | |
|--------------------|---|
| Parecer CEP/UEL: | 200/2013 |
| CAAE: | 18931613.5.0000.5231 |
| Data da Relatoria: | 15/11/2013 |
| Pesquisador(a): | Mara Lúcia Garanhani |
| Unidade/Órgão: | CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem |

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"CURRÍCULO INTEGRADO DE UM CURSO DE ENFERMAGEM: temas transversais e formação profissional"

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL, via Plataforma Brasil, relatório final da pesquisa.

Londrina, 18 de novembro de 2013.

Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

