



Physis - Revista de Saúde Coletiva
ISSN: 0103-7331
publicacoes@ims.uerj.br
Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Guerra Gonze, Gabriela; Alves da Silva, Girlene
A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores
Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. 129-146
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838231008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores

I ¹ Gabriela Guerra Gonze, ² Girlene Alves da Silva I

Resumo: A integralidade da assistência, um dos princípios doutrinários do sistema de saúde brasileiro, constitui uma das principais metas para se alcançar uma assistência de qualidade e humanizada. O presente trabalho tem por objetivo analisar a percepção dos professores dos cursos de graduação que formam profissionais de saúde na Universidade Federal de Juiz de Fora, sobre a formação orientada pela integralidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada com docentes dos referidos cursos. Como estratégia de análise dos dados, propõe-se a modalidade de análise temática. A categoria em torno da qual são trazidas as reflexões sobre a percepção dos docentes sobre o ensino voltado para o princípio da integralidade foi nomeada “os princípios do SUS orientando a formação”. Os resultados do estudo apontam que os docentes expressam um envolvimento com os valores da Reforma Sanitária brasileira, no contexto das mudanças necessárias na formação em saúde.

► **Palavras-chave:** assistência à saúde; capacitação de recursos humanos em saúde; Sistema Único de Saúde.

¹ Psicóloga do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), mestre em Saúde Coletiva pela UFJF. Endereço eletrônico: gabrielaguerra@ufjf.br

² Enfermeira, doutora em Enfermagem pela USP, professora adjunta IV da Faculdade de Enfermagem da UFJF. Endereço eletrônico: gillas@terra.com.br.

Recebido em: 10/12/2009.
Aprovado em: 18/05/2010.

Introdução

Este artigo constitui uma das categorias extraídas da pesquisa¹ da dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva defendida pela primeira autora na Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo teve como objeto a integralidade na formação em saúde.

A integralidade é um dos princípios doutrinários do sistema de saúde brasileiro e sua prática é discutida por autores da área da saúde como uma estratégia para a concretização de uma assistência voltada para as reais necessidades da população (CECCIM; FEUERWEKER, 2004; CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2001).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 delinea o Sistema Único de Saúde (SUS) e propõe o atendimento integral como uma de suas diretrizes (BRASIL, 1988). Legalmente, a integralidade é definida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). No entanto, a integralidade se tornou mais do que uma diretriz do SUS; ela está relacionada a características desejáveis do sistema de saúde brasileiro, aos objetivos dos profissionais reformadores, enfim, a um conjunto de valores (MATTOS, 2001). Abordar o tema da integralidade envolve outros conceitos, tais como universalidade e equidade, que traduzem os ideais da Reforma Sanitária brasileira (CECÍLIO, 2001).

Mattos (2001) discute três sentidos da integralidade: a integralidade como um valor da boa medicina, como modo de organizar práticas e como políticas especiais. O primeiro sentido, o valor da boa medicina, relaciona-se com o Movimento da Medicina Integral originado nos Estados Unidos e que criticava a posição fragmentária e reducionista que os médicos adotavam diante de seus pacientes. Trata-se da crítica à assistência centrada nas especialidades médicas, que gira exclusivamente em torno do órgão doente em detrimento das considerações psicológicas e sociais. Assim, para a Medicina Integral, a integralidade se relacionaria com a atitude dos médicos em não reduzir o paciente ao sistema biológico. Um segundo sentido apontado pelo autor seria a integralidade como modo de organizar as práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Refere-se à organização dos serviços e das práticas de saúde, que deve contemplar a integração entre ações de prevenção de doenças e promoção de saúde (MATTOS, 2001). Finalmente, o terceiro sentido para a integralidade, abordado por Mattos (2001), trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde. Tal

sentido se refere ao tipo de resposta que o governo cria para necessidades de grupos específicos. Essas ações, geralmente assumidas através de programas, devem ter como meta a integralidade na assistência, garantindo cuidados preventivos, oferta de medicamentos e encaminhamento quando necessário.

Sabemos que a formação atual ainda tem um predomínio do modelo biomédico. Trata-se de uma concepção de saúde atrelada ao cuidado do órgão doente em detrimento de uma abordagem do sujeito em sua singularidade. Disso decorre uma assistência tecnicista e fragmentada, o que é alvo de críticas oriundas do campo da Saúde Coletiva.

A partir de meados do século XX, trabalhadores e autoridades expressam a necessidade de reformas estruturais no campo da saúde. Nesse contexto, esta passa a ser compreendida de forma ampla, ou seja, relacionada ao bem-estar e qualidade de vida e não à mera ausência de doenças. As ações em saúde visam não apenas a diminuir o risco de doenças, mas a aumentar as chances de saúde e de vida (BUSS, 2000). Essa concepção de saúde influenciou o movimento da Reforma Sanitária, que envolveu profissionais de saúde, autoridades, intelectuais e a população. No Brasil, o movimento, iniciado na década de 1970, impulsionou a criação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988 (ESCOREL, 2005).

Cabe destacar que o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 287/98, reconheceu as 14 profissões da saúde, a saber: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 1998).

A Constituição Federal brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) afirmam que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988, 1990). Assim, se a integralidade da atenção deve ser um princípio norteador das políticas de saúde e a formação para a área uma responsabilidade do SUS, cabe relacionarmos ambas as questões, partindo da premissa de que uma maneira de formar profissionais em consonância com a realidade do SUS é voltar a formação para o princípio da integralidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No campo da Educação, podemos relacionar algumas reformas que visam a formar o aluno da graduação para a realidade do mercado de trabalho, com capacidade reflexiva e participativa. Em 1996, o Ministério da Educação lançou

a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), demonstrando preocupação com a formação voltada para a realidade da sociedade brasileira (BRASIL, 1996a). Já em 2001, destacam-se as Orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação, onde se enfatiza uma formação que articule teoria e prática (BRASIL, 2001a). A partir desse ano, são lançadas as Diretrizes para os Cursos da Saúde, com descrição do perfil desejado do formando, bem como suas competências e habilidades para atuação na realidade do mercado de trabalho, no âmbito do ideário da Reforma Sanitária brasileira (BRASIL, 2001b).

A partir da ampliação da assistência à saúde, há a necessidade de incorporar novas disciplinas na formação desses profissionais. Se a saúde é concebida de forma ampliada, ampliar-se-iam também as possibilidades de abordagem do sujeito doente e do sujeito saudável. Para tanto, além da inserção de novas categorias profissionais, faz-se necessária a inclusão de profissionais abertos às novas propostas assistenciais. E para que os profissionais sejam formados para atender aos diversos tipos de demandas da população, ou seja, para a busca da integralidade da assistência, é preciso que todas as tecnologias sejam valorizadas pelas universidades. Para tanto, faz-se necessária a união de esforços, tanto das universidades quanto do sistema de saúde, que é o espaço onde as necessidades da população emergem, para o investimento na qualidade da formação dos profissionais de saúde.

Merhy (2005) realiza uma discussão sobre as tecnologias empregadas na saúde, propondo a valorização daquelas que não estão diretamente relacionadas às máquinas e equipamentos, o que é supervalorizado pelo modelo biomédico. O autor classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leves (tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão); leve-duras (saberes bem estruturados, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia); e duras (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Trata-se de uma reflexão importante sobre as mudanças no campo da assistência à saúde, bem como sobre a necessidade de formação do profissional que considere a tecnologia das relações. Assim, a formação do profissional de saúde deve incluir desenvolvimento de certas habilidades e competências que o preparem para as relações pessoais, a formação de vínculos e a convivência humanizada com os pacientes e com a equipe de saúde.

O ensino de graduação na saúde no Brasil tem uma tradição ainda centrada em conteúdos e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre temas, desvinculação entre ensino, pesquisa e extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e reabilitação. Desse modo, o modelo não está voltado para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2007).

No cenário da formação, a universidade possui papel fundamental na discussão sobre a melhoria das condições de saúde da população, já que a mesma participa da produção do conhecimento que será empregado na promoção, cura e reabilitação. Sabemos que a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), instituição reconhecida nacionalmente, tem uma crescente preocupação com a qualidade da formação de seus alunos e está atenta para a necessária reforma curricular. Além disso, demonstra interesse em aliar ensino, pesquisa e extensão, na busca do conhecimento inserido na realidade das comunidades.

No contexto da discussão sobre a formação dos profissionais de saúde, Faria (2000) salienta a preocupação da UFJF com a modernização do currículo e adequação do ensino ao modelo de saúde relacionado ao bem-estar e articulação entre diversas áreas de conhecimento. Segundo o autor, a UFJF deseja que a discussão sobre a formação de recursos humanos para a saúde estimule definições que envolvam o questionamento acerca de que modelo de saúde atenderia às necessidades da população brasileira.

A fim de pesquisarmos uma experiência de formação de profissionais de saúde, cabe investigarmos as iniciativas da UFJF em relação aos cursos de graduação que formarão esses profissionais. Portanto, o estudo tem como objeto a integralidade da assistência nos currículos dos cursos de graduação que formam profissionais da saúde na UFJF e, como objetivo, analisar a percepção dos professores dos referidos cursos sobre a formação orientada pela integralidade.

Métodos

Realizamos uma pesquisa qualitativa por considerarmos a importância de investigar algumas questões relativas ao objeto de estudo com profundidade. Segundo Minayo (2007), as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas

como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Fizeram parte do cenário do estudo os cursos de graduação que formam profissionais da área da saúde na Universidade Federal de Juiz de Fora. Entrevistamos 34 professores dos referidos cursos, considerando-os sujeitos estratégicos, ou seja, aqueles capazes de responder pelo ensino das disciplinas relacionadas à saúde. Assim optamos por entrevistar, em cada curso, o coordenador ou vice-coordenador e o chefe ou vice-chefe de departamento. Os vice-coordenadores e os vice-chefes de departamento só foram convidados a participar da pesquisa no caso em que os coordenadores e os chefes de departamento se recusaram a participar.

Os critérios de inclusão no estudo foram: professores dos cursos de Serviço Social, Educação Física, Farmácia e Bioquímica, Medicina, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia e Enfermagem, que ocupam os cargos de coordenador e vice-coordenador do curso, chefe e vice-chefe de departamento, que concordaram em participar de maneira voluntária do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cabe esclarecer que, nos cursos de Serviço Social e Psicologia, entrevistamos os coordenadores e professores das disciplinas da saúde, já que são esses os que respondem pelo ensino da saúde no curso e não as chefias dos departamentos que não envolvem exclusivamente tais disciplinas. Foram excluídos do estudo aqueles professores que ocupam os cargos supracitados e que se recusaram a participar.

Assim, entrevistamos 16 chefes de departamento, sete coordenadores, um vice-coordenador, dois vice-chefes de departamento e oito professores dos cursos que não consideramos chefia de departamento (Serviço Social e Psicologia). O tempo de cada entrevista variou de oito a 67 minutos. Foram entrevistados 13 professores do sexo masculino e 21 professores do sexo feminino. A idade variou entre 28 e 65 anos. O tempo de trabalho na UFJF oscilou entre quatro meses e 36 anos, e o ano de conclusão da graduação entre 1963 e 2004. Em relação à titulação, temos um professor graduado, seis especialistas, 11 mestres, 13 doutores e três professores com pós-doutorado.

Como estratégia de coleta de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada. Optamos, ainda, por conhecer como estão estruturados os currículos por meio de análise prévia das matrizes curriculares. As entrevistas foram realizadas entre os meses de março e agosto de 2008.

O projeto, antes de ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP-UFJF), foi apresentado à Direção da Faculdade de Medicina (UFJF), à qual o Mestrado de Saúde Coletiva está vinculado, e aos demais diretores dos cursos da área da saúde, a fim de solicitar autorização para realização da pesquisa e declaração de infraestrutura de cada unidade acadêmica envolvida no cenário do estudo. Recebeu aprovação do CEP, através do Parecer nº 344/2007 (CAAE: 0206.0.180.000-07). Posteriormente, entramos em contato com as coordenações dos cursos, a fim de solicitar uma cópia da estrutura curricular do curso de graduação. O material permitiu visualizar melhor a organização dos currículos. Cabe esclarecer que o estudo foi conduzido dentro de padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996b).

No estudo, após cada fragmento das entrevistas, há uma referência aos sujeitos através de letras que indicam os cursos e números que estão relacionados à ordem de realização das mesmas. Tais números foram acrescentados com a finalidade de organização do trabalho e preservação da identidade dos sujeitos. Assim, temos os seguintes cursos e respectivas referências: Fisioterapia (F), Medicina (M), Psicologia (P), Farmácia e Bioquímica (FB), Educação Física (EF), Serviço Social (SS), Odontologia (O) e Enfermagem (E).

As entrevistas, marcadas pessoalmente, por contato telefônico ou *e-mail*, foram gravadas em fitas magnéticas e transcritas na íntegra, para que todas as falas dos entrevistados fossem utilizadas como material de análise. As transcrições foram realizadas após o término da entrevista, para que a análise fosse iniciada o mais rápido possível, o que facilitou a compreensão da pesquisadora, através de sua memória recente, sobre algum trecho que tivesse sido prejudicado por ruídos ou dicção pouco clara dos sujeitos.

Os dados foram analisados segundo o método da Análise de Conteúdo. Entre várias modalidades de Análise de Conteúdo, utilizaremos a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. A análise temática desdobra-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2007).

A primeira etapa, a pré-análise, consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa

(MINAYO, 2007). A cuidadosa transcrição das entrevistas já permitiu um contato intenso com o material coletado. Desde o momento da transcrição, foi possível refletir sobre os objetivos do estudo e explorar o conteúdo, ou seja, criar uma familiaridade com os discursos dos docentes.

A segunda etapa da análise temática descrita por Minayo (2007), que se refere à exploração do material, é a etapa de uma operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, busca-se encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas que organizam o conteúdo das falas. Os conteúdos que se repetiram foram organizados em categorias, divididas em subcategorias, já que o material era extenso e complexo.

Finalmente, temos a etapa do tratamento dos resultados obtidos e interpretação. “A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (MINAYO, 2007, p. 318). Nessa etapa, foi possível organizar a ordem das categorias, relacionando-as e buscando responder ao objetivo da pesquisa: analisar a percepção dos professores sobre o ensino voltado para a integralidade. A interpretação dos dados se deu com base nos autores estudados na revisão bibliográfica. Assim, as falas foram expostas e, a seguir, os dados foram interpretados, fundamentando nossa argumentação com uma breve retomada do pensamento dos autores no contexto dos depoimentos.

A partir da análise dos dados feita à luz dos autores da revisão bibliográfica, pudemos nos aproximar das respostas às questões da pesquisa. Nesse momento, articulamos a teoria exposta na bibliografia e nos documentos analisados à prática narrada pelos sujeitos da pesquisa. Portanto, no momento da análise dos dados, o estudo tomou consistência e a teoria estudada pôde ser aplicada a dados da realidade dos cursos pesquisados. Foi uma etapa de reflexão sobre o tema e de transformação dos dados em produção de conhecimento.

Resultados e discussão

Para apresentarmos a percepção dos entrevistados sobre a integralidade na formação, a categoria nomeada de “os princípios do SUS orientando a formação” foi subdividida em duas subcategorias. A primeira refere-se à percepção dos

professores sobre o conceito e aplicação da universalidade e equidade no contexto do SUS. A segunda subcategoria expressa, segundo a visão dos professores, a integralidade no ensino da saúde.

Cabe esclarecer que, apesar de o princípio da integralidade ser nosso objeto de estudo e, portanto, ser explorado no roteiro da entrevista, os princípios da universalidade e equidade foram temas recorrentes nas falas dos entrevistados. Embora as questões não abordem diretamente equidade e universalidade, e sim a relação entre os princípios do SUS de uma forma geral, e o currículo dos cursos, houve associação entre integralidade, equidade e universalidade.

Conforme já apresentamos, os três conceitos se relacionam, são entrelaçados (CECÍLIO, 2001). Assim, consideramos fundamental a apresentação de uma subcategoria que aborda universalidade e equidade, o que subsidiará a discussão sobre integralidade.

Universalidade e equidade nos discursos docentes

Como veremos, os depoimentos expressam a percepção dos professores sobre o ensino na saúde baseado nos fundamentos do SUS. Nos fragmentos a seguir, destacamos a percepção dos docentes sobre a importância de a organização curricular incluir no processo de formação os princípios doutrinários da universalidade e da equidade.

Então eu diria que essa questão da universalidade e a equidade, a gente procura, tá trabalhando no sentido, por exemplo, trabalhar política de medicamentos, mostrar pro aluno a questão de melhorar o acesso, que todas as pessoas tenham direito ao medicamento (FB7, 2008).

[...] a universalidade do SUS, essa já existia porque nós já damos atendimento a todas as camadas, independentemente de renda (O8, 2008).

Pois é, eu acho que a hora que fala de equidade, por exemplo, a Educação Física, ela naturalmente já lida com isso. A ação dela, na prática, ela já tem isso, talvez faltava simplesmente alguém transpor o que são os princípios orientadores do SUS para nossa prática. [...] Que a gente já socializa, já evidencia características individuais, a gente já tem técnicas, métodos e técnicas de intervenção... (EF14, 2008).

Equidade [...] é um princípio importante, porque já que não temos acesso a todos, nós acabamos tendo que fazer algumas seleções. A gente vai pros grupos que realmente têm maior necessidade, apesar de não fazermos distinção de atendimento. Mas acabamos desenvolvendo atividades em locais mais carentes e voltamos as nossas ações mais pra essas pessoas que não têm, então, condições de ter acesso de uma outra forma que não pelo SUS (P17, 2008).

A equidade, que é a questão da discriminação positiva, com certeza faz parte da nossa formação, até porque nós trabalhamos com essas pessoas que estão mais vitimizadas pela desigualdade ou por outras questões que perpassam as necessidades de saúde dessas pessoas (SS29, 2008).

A Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, determina os 13 princípios que fundamentam as ações na saúde pública brasileira (BRASIL, 1990). Retomando o pensamento de Cecílio (2001), observamos que os princípios que se destacam e que se inter-relacionam são os da equidade, universalidade e integralidade. Segundo o autor, tais princípios constituem um conceito tríplice, entrelaçado, capaz de expressar o ideário da Reforma Sanitária brasileira.

A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso, sem discriminação, ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. Já a equidade refere-se à prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Observamos, a partir dos depoimentos, que os professores compreendem a universalidade e equidade, bem como a importância de transmitir aos alunos esses princípios. Ambos foram contextualizados a questões amplas, conforme a discussão da saúde pressupõe. Tais fatos demonstram a sensibilidade dos professores entrevistados para questões como acesso aos serviços, vulnerabilidade social e qualidade da assistência.

Cabe reafirmar que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990). As falas demonstram o conhecimento acerca da importância do acesso universal e igualitário aos serviços, considerando a equidade atrelada à justiça social, ou seja, à prioridade da população exposta a maiores riscos sociais.

Integralidade nos discursos docentes

Remetendo aos estudos de Mattos (2001), há várias formas de se pensar a integralidade, que se constitui como um conceito polissêmico (que permite vários sentidos). É possível perceber tal concepção nos discursos docentes.

Vejamos os depoimentos.

A gente não pode esperar que a pessoa entre na sua porta para você atender, seja no consultório, seja num ambulatório público, enfim, no hospital. Que é uma pessoa que ta ali, simplesmente porque não consegue mexer o ombro e esse é o problema dela. [...] Não é só o ombro que não mexe; existe uma implicação muito maior. Então, a gente procura, dentro do possível, na disciplina, poder ta passando isso para os alunos. [...] Integralidade enquanto é um ser que tem as suas questões emocionais, sociais e a integralidade enquanto um indivíduo inserido em uma sociedade, numa cultura (F1, 2008).

A gente tem reforçado muito o lado humano, o acolhimento. Esse é outro fator muito observado e que a gente tem cobrado muito por parte dos professores, dos alunos, dos técnicos administrativos, o acolhimento do paciente, que é também um dos tripés do Sistema Único de Saúde (O19, 2008).

Eu trabalho com a ideia de que tudo que você tem na parte somática tem a sua origem, obrigatoriamente, na parte psico espiritual ou o nome que você queira dar. [...] Então, eu acho que isso o aluno não ta preparado. Ele medica lá, vai, toma remedinho, some da minha frente, o próximo! [...] Orientei um livro pra ele e tal. Isso o aluno não aprende a fazer na faculdade, não. Não que ele devesse aprender tudo aquilo. Ele ia aprender primeiro na família, na sociedade, mas aqui também. Então, eu acho que a faculdade não faz isso. [...] O cara vai lá, opera, tira um pedaço, vai pra biópsia, faz um exame e nunca mais vai ver o doente. Superespecialistas. Sabem muito tecnicamente. E ver a pessoa, faz um exame, dá um diagnóstico brilhante, nunca mais vai ver o paciente (M22, 2008).

Acho que a gente trabalha muito nessa perspectiva da atenção integral e da humanização, a questão do acolhimento de criar acolhimento, de criar vínculos, de trabalhar muito com a escuta, com a escuta qualificada. [...] mas que a gente tenta [...] ta trabalhando nessa perspectiva de entender a questão da integralidade, pensando na atenção integral, ou seja, na possibilidade de você ta acessando também os outros níveis de atenção à saúde. [...] Então, eu acredito que a gente tem já um terreno bem fértil em termos de formação, de dar uma formação integral, no âmbito da saúde, de dar uma boa formação pra esse aluno (SS32, 2008).

A integralidade se tornou um tema que está além das diretrizes e leis do sistema de saúde brasileiro e expressa as características desejáveis do SUS. Trata-se da forma de se construir uma assistência à saúde de qualidade, ampla e humana. É o sistema de saúde idealizado pela Reforma Sanitária Brasileira.

Mattos (2001) afirma que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS; é uma bandeira de luta, um enunciado das características desejáveis do sistema de saúde. Refere-se a um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Portanto, em qualquer sentido que a integralidade seja tomada, esta implica a recusa ao reducionismo, na objetivação

dos sujeitos e, talvez, uma afirmação da abertura para o diálogo. Nas palavras de Mattos (2001, p. 61-62): “[o] profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos”.

Através dos depoimentos, observamos que os professores entendem a integralidade como um meio de se alcançar uma assistência de qualidade e que cumpra as exigências do SUS. Os entrevistados criticaram profissionais que relacionam o ensino da saúde ao modelo biomédico, apontando, desse modo, a necessidade de mudança.

Os depoimentos demonstram que os docentes conceituam a integralidade à sua maneira, de acordo com as habilidades e necessidades de cada categoria profissional, o que demonstra que eles expressaram o tema de forma reflexiva, subjetiva, não se prendendo a definições memorizadas. Daí coletarmos dados polissêmicos, o que enriqueceu ainda mais o estudo. Desde o início de nosso projeto, já almejávamos obter dados da realidade dos sujeitos e não era nosso objetivo testar o conhecimento teórico exato sobre o conceito de integralidade expresso na constituição e nas leis que fundamentam o SUS. Se a integralidade é uma característica desejável do sistema de saúde, compreender a integralidade como uma mentalidade e como uma lógica de trabalho já é colocar em prática esses fundamentos.

Podemos afirmar que os depoimentos se referem à percepção dos professores sobre os três sentidos da integralidade sistematizados por Mattos (2001). Retomemos tais sentidos: um valor da boa Medicina, o modo de organizar as práticas e as políticas especiais oferecidas pelo governo. Cabe esclarecer que quando nos referimos ao valor da boa Medicina, nos baseamos no pensamento de Mattos (2001) e realizamos uma analogia entre a boa Medicina e o bom profissional de saúde. Nem todos os entrevistados comentaram sobre a profissão médica, mas expressaram suas concepções sobre os valores de um profissional de saúde qualificado para atuar no SUS. Portanto, o valor da boa Medicina, a nosso ver, tem a função de valor de um bom profissional de saúde; está relacionado à categoria profissional do docente entrevistado.

Em relação ao modo de organizar as práticas, os professores referem-se ao modo de organizar as ações sanitárias de forma articulada, oferecendo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. Assim, observamos o entendimento sobre a importância da articulação entre os profissionais e ações de saúde no contexto do sistema de saúde. Tudo isso, segundo os depoimentos,

é articulado à formação nos respectivos cursos, à medida que reconhecem a importância da integração entre os campos de saber. Portanto, os depoimentos indicam a maneira correta de articular as práticas de saúde e a exposição desse pensamento para os alunos.

A questão da articulação entre os serviços, ou melhor, entre os níveis de complexidade do sistema, nos remete à definição de integralidade contida na Lei nº 8.080/90, segundo a qual a integralidade é formulada como um conjunto de ações articuladas entre os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). O sentido da integralidade referente às políticas especiais oferecidas às populações com necessidades específicas é ilustrado por meio dos depoimentos, já que observamos a compreensão dos docentes acerca de um atendimento direcionado às singularidades de cada caso. Citemos um dos depoimentos:

Eu tenho que ter atenção à questão de que eu sou sujeito que posso modificar os cenários de atuação, dentro de um processo de saúde, que posso intervir em políticas de saúde, que eu tenho que tratar cada um conforme a sua necessidade, a sua individualidade... [...] Eu acho que isso está inserido na nossa formação de tal forma que não tem como a gente desvincular. Não vejo que a gente está longe do ideal, mas eu vejo que a gente está inquieto, que isso incomoda, que isso preocupa. [...] Quando eu falo integralidade, eu tenho uma tendência muito grande de falar de articulação. Porque me vem a questão do completar-se, de fazer ponte, de afirmar um lado sem negar o outro lado (E28, 2008).

Como observamos, os depoimentos evidenciam a percepção dos docentes sobre tal articulação, ou seja, a estreita relação entre as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação, bem como dos três níveis de atenção à saúde. Aqui vale retomar o pensamento de Cecílio (2001) sobre as necessidades de saúde que são sempre singulares. Há uma clara referência à complexidade das necessidades de saúde que abrangem questões sociais, biológicas, familiares, entre outras. Temos, então, a relação entre o reconhecimento governamental da complexidade do campo da saúde humana e as ações necessárias para atender a tal complexidade, o que envolve o uso de tecnologias diversas.

Nesse contexto, cabe ainda retomarmos o pensamento de Merhy (2005), que expõe a valorização de tecnologias diversas que incluem desde as máquinas até a tecnologia leve. A partir do reconhecimento das amplas e singulares necessidades de saúde, bem como a importância de construir tal lógica assistencial durante a formação, podemos apontar um caminho fértil para a efetivação da reforma curricular. Acreditamos que tal lógica se refere ao pensamento dos professores, mesmo que eles ainda não reconheçam uma total aplicação na atualidade.

Já o sentido apontado por Mattos (2001) como o valor da boa Medicina, a nosso ver, foi o que mais se sobressaiu nos depoimentos. Nesse sentido, salientamos que a integralidade foi relacionada ao acolhimento, humanização e estabelecimento de vínculos que dependem da postura do profissional diante do usuário.

Enfim, fica evidente a necessidade de privilegiar, na graduação, uma visão singular sobre o usuário, entendendo que ele é um ser que possui uma história de vida e pertence a um contexto social. Trata-se da formação de uma nova mentalidade, de uma concepção de boa assistência que vai além da prática da boa Medicina; é o valor inerente a um bom profissional de saúde. É uma prática construída por todas as categorias de profissionais de saúde. Temos, então, a integralidade como um valor que desponta na formação desses profissionais.

Ao analisarmos os depoimentos da categoria, finalmente, cabe retomarmos a integralidade descrita por Mattos (2001) como uma imagem-objetivo. Trata-se de uma situação desejável que pode se tornar real. É o que se almeja construir. “Então, eu acredito que a integralidade, ela é, dentro daquele conceito que é mais um objetivo, uma imagem-objetivo” (SS32, 2008).

Como vemos, os depoimentos indicam uma direção para as transformações necessárias no sistema de saúde que estão associadas ao ensino. Essa direção é o que podemos identificar como imagem-objetivo.

Considerações finais

Chega o momento de tecermos nossas considerações finais, fruto de um trabalho que teve como ponto de partida a integralidade no contexto do ensino da saúde. Compreender os movimentos necessários da universidade no âmbito das políticas públicas, sobretudo da Reforma Sanitária brasileira, foi fundamental para a reflexão acerca da relação entre direito à saúde e compromisso do setor educacional com a melhoria do perfil sanitário do povo brasileiro. Trata-se da parceria entre Saúde e Educação para produzir transformações na qualidade de vida do usuário cidadão, concepção formulada na Constituição Federal de 1988 que cria um esquema de proteção social inédito no país. E a saúde como direito fundamental da pessoa humana necessita, de fato, de muitas parcerias.

Cabe ressaltar que, quando tratamos da parceria entre Saúde e Educação, estão envolvidos vários sujeitos. São singulares histórias de vida que se entrelaçam e se encontram para a efetivação dessa parceria. Referimos-nos ao encontro entre

os usuários, gestores, professores e trabalhadores de saúde que, no cotidiano dos serviços, tentam construir uma saúde digna para o Brasil.

Sabemos que as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde valorizam habilidades pessoais e interpessoais dos alunos, tais como a capacidade de trabalhar em equipe, a participação ativa do aluno e a formação do pensamento crítico. Esse fato é um grande avanço no que se refere à valorização das potencialidades de cada estudante, que passa a ser visto como protagonista do processo ensino-aprendizagem.

Cabe relacionar tais competências e habilidades preconizadas para o novo profissional da saúde ao pensamento de Merhy (2005), quando aborda as tecnologias em saúde. Entendemos que os aspectos não contemplados pelo paradigma biomédico residem no terreno das tecnologias leves. Assim, o acolhimento, a produção de vínculos e a escuta, esquecidos diante do aparato tecnológico das máquinas de última geração, são resgatados por meio do princípio da integralidade, que sustenta que o usuário é um sujeito complexo e suas necessidades devem ser acolhidas sob um olhar integral.

A ideia de um valor privilegiado da tecnologia das relações que norteou nosso estudo nos auxiliou a compreender que o trabalho na saúde é essencialmente vivo. E para que os futuros trabalhadores se mantenham vivos e desejosos de mudanças, é preciso considerar todos os recursos que eles podem oferecer ao sistema de saúde, que incluem todas as competências e habilidades trabalhadas pela universidade.

Sustentamos que, conforme os depoimentos coletados em nosso estudo, a integralidade é percebida como um dos valores de um bom profissional de saúde. Valores, portanto, que ultrapassam os da boa Medicina. Sustentamos que os professores dos cursos pesquisados percebem a integralidade como um valor da Reforma Sanitária brasileira. Assim, entendemos o valor da integralidade como uma escolha presente nos discursos docentes, amparada por uma crítica às dificuldades e reflexão sobre a realidade vivenciada na UFJF.

Compreender a integralidade como uma imagem-objetivo, ou seja, situação que pode se tornar real e não como uma utopia, constitui um fator favorável para o andamento da reforma curricular. Se a imagem-objetivo se refere a um lugar onde queremos chegar e a algo possível de ser realizado, devemos nos mover por esses valores postos pelos professores como meio de alcançar a qualidade do ensino e assistência à saúde. Temos, portanto, um processo formado por muitos

protagonistas: o estudante, o usuário e o professor. Este tem a função de formar a consciência e lapidar valores defendidos pela Reforma Sanitária Brasileira.

No âmbito da reforma curricular dos cursos que formam profissionais de saúde na UFJF, onde estamos, afinal? Podemos apontar que estamos construindo pontes, conforme metáfora depreendida das entrevistas. Estamos insatisfeitos, estamos buscando o novo. Encontramo-nos no meio do caminho entre o passado que criticamos e o futuro que desejamos – daí estarmos construindo pontes. Tudo isso fica evidente nos discursos, quando os docentes ora afirmam o atraso no andamento das reformas, ora apontam, com orgulho, os avanços conquistados.

Trata-se de um momento de efervescência das transformações e, por isso mesmo, difícil de avaliar, mas é possível produzir conhecimento a partir de nossa realidade atual. Isso nos impulsiona a continuar caminhando rumo à consolidação da imagem-objetivo da Reforma Sanitária, que é a efetivação de um SUS que cumpra seus princípios que um dia foram desejo de um movimento e, hoje, podem ser práticas integrais dos trabalhadores de saúde.

Finalmente, podemos apontar uma limitação do estudo relacionada ao aprofundamento da realidade de todos os cursos pesquisados. Como nosso objetivo foi analisar os cursos que formam profissionais de saúde na UFJF e não privilegiamos um único curso, um estudo mais detalhado de cada curso torna-se pertinente. Porém, por ora, afirmamos que o estudo cumpriu seus objetivos, além de promover um momento de reflexão sobre a prática docente com os próprios entrevistados.

Referências

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislação/const>>. Acesso em: 20 ago 2007.

_____. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 ago. 2007.

_____. Ministério da Educação. *Lei nº 9.394/1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/L9.394.htm>. Acesso em: 22 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução nº196/96*, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996b (mimeogr.).

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 287/98*, de 08 de outubro de 1998. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/1998/Reso287.doc>>. Acesso em: 13 jul. 2008.

_____. Ministério da Educação. *Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação*. Brasília: Ministério da Educação, 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>> Acesso em: 22 set. 2007.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição*. Brasília: Ministério da Educação, 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/113301EnfMedNutr.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2009.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 137-170.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p.1400-1410, set-out, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 113-126.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. (Org.) et al. *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.59-81.

FARIA, E.V.F. Formação do profissional de saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, ano 2, n. 4, p. 10-11, nov. 1999 a fev. 2000.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 39-64.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 531-562.

Nota

¹ A pesquisadora Gabriela Guerra Gonze foi bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Girlene Alves da Silva orientou a pesquisa.

Abstract

The integral health care in the training of health professionals: building values

Integral healthcare, one of the doctrinal principles of the Brazilian health care system, is one of the main ways to reach high-quality and humanized care. This work aims to analyze the perception of teachers of undergraduate courses who train health professionals at Juiz de Fora Federal University, Brazil, when it comes to integral care-oriented training. It is a qualitative research, employing the semi-structured interview technique with teachers of the studied courses. The thematic analysis is suggested as the data analysis method. The reflections on the perception of teachers about the principle of the integral healthcare have been centered on the category “training-orienting principles of the Unified Health System”. The study results show that teachers express involvement with the Brazilian Health Reform values, in the context of necessary changes in health training.

► **Key words:** delivery of health care; health human resource training; Unified Health System.