

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Integralidade: sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem”***

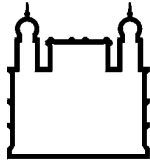
*por*

***Marta de Fátima Lima Barbosa***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Luiza Stiebler Vieira*

*Rio de Janeiro, novembro de 2009.*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Integralidade: sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem”***

*apresentada por*

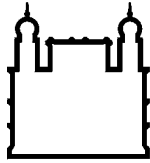
***Marta de Fátima Lima Barbosa***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilurde Donato

Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Luiza Stiebler Vieira – Orientadora



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

## A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 19 de novembro de 2009.

---

Marta de Fátima Lima Barbosa

CG/Fa

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

B238 Barbosa, Marta de Fátima Lima  
Integralidade: sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem. / Marta de Fátima Lima Barbosa. Rio de Janeiro: s.n., 2009.  
xi, 64 f.

Orientador: Vieira, Ana Luíza Stiebler  
Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Educação Técnica em Enfermagem. 3. Currículo. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 610.73

A todos (as) auxiliares e técnicos (as) de enfermagem que comigo vivenciaram processos de ensino/aprendizagem, pelo muito que me oportunizaram de crescimento como ser humano e ser profissional.

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, acima de tudo, pela benção de cada novo dia e de cada nova experiência de Vida!*

*Ao meu pai Leandro, minha irmã Márcia, meus sobrinhos Kauã e Mateus Henrique, minhas primas Marina e Alanis por se constituírem em meu suporte familiar.*

*A Joana e Magda, duas técnicas de enfermagem que são minhas referências afetivas e exemplos de profissionais competentes, respectivamente, mãe e irmã.*

*A Abigail Sotero, amiga sempre disponível, que me socorre nos meus embates com a informática.*

*A Paco pelo amor que cultivamos.*

*A todos (as) companheiros (as) da Escola de Formação Técnica em Saúde Enfª Isabel dos Santos (ETIS) pelo investimento na Educação Profissional para os trabalhadores do SUS. Eu visto essa camisa!*

*A Enfermeira Izabel dos Santos, mentora do Projeto Larga Escala e “referência máxima em recursos humanos na área de saúde no Brasil”.*

*A Pedagoga Ena Galvão pela crença e defesa das Escolas Técnicas do SUS.*

*A Marilisa Vicente Cortez, Milta Neide Freire Barron Torrez e Sônia Maria Alves, ex-diretoras da ETIS que acreditaram, militaram e tornaram isto possível. Vocês são e sempre serão minhas mestras!*

*A Márcia Cid e Léa Carvalho, atuais diretoras da ETIS, pela continuidade deste trabalho e apoio neste investimento de minha qualificação.*

*A Ana Lúcia Jezuino por me incentivar, orientar e apoiar no primeiro degrau da seleção para o Mestrado.*

*A todos (as) companheiros (as) do Hospital dos Servidores do Estado, com quem convivo diariamente e com quem muito aprendo e muito ainda vou aprender.*

*Aos técnicos de enfermagem do HSE, egressos da ETIS, que consentiram em participar como sujeitos de pesquisa. Sem vocês, o trabalho não se realizaria!*

*A Enfermeira Leir, amiga, irmã e companheira constante nas atividades do Núcleo de Ensino do HSE, o nosso “baluarte”, que está usufruindo de sua aposentadoria. Não tenho palavras para agradecer tudo o que pudemos compartilhar e aprender uma com a outra em prol da educação que acreditamos e do SUS que defendemos.*

*As Enfermeiras Angélica Barbosa e Zilmar Coutinho, diretoras da Divisão de Enfermagem do HSE, pelo apoio nos momentos necessários.*

*A amiga Enf<sup>a</sup> Iraci do Carmo de França, presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn/RJ), e demais companheiros (as) da diretoria e secretaria administrativa, gestão 2007/2010, pelo incentivo, apoio e compreensão dos momentos em que necessitei estar ausente das reuniões, por estar investindo nesta qualificação.*

*A todos (as) companheiros (as) da Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias por todo o apoio durante esta caminhada.*

*A Tenente Jurema, amiga enfermeira, por acompanhar este meu processo, incentivando e apoiando em todos os momentos.*

*Ao amigo e as amigas do curso de mestrado, pois vocês fizeram a diferença! Obrigada pelos momentos de companheirismo dentro e fora da sala de aula, durante os estudos e nos momentos de lazer. Obrigada pelo muito que me ensinaram e por fazerem parte da minha Vida! Vocês me cativaram! “Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas”. (Exupéry)*

*A Prof<sup>a</sup> Ana Luíza Stiebler Vieira, orientadora, que acreditou no meu potencial e me apoiou nesta trajetória para o alcance desta qualificação.*

*Ao Prof. Antenor Amâncio que tão brilhantemente coordenou o curso de mestrado profissional possibilitando-nos vislumbrar esta vitória.*

*Ao Prof. Sérgio Pacheco, adjunto da coordenação, sempre presente e atento a todas as demandas do curso e dos alunos.*

*A Luzimar, secretária do curso de mestrado, acima de tudo, “por gostar de aluno” e pela dedicação, empenho, competência, solidariedade, enfim: - Luzi, você também faz a diferença!*

*A Prof<sup>a</sup> Marilurde Donato, pela participação na banca de qualificação e proficuas orientações, como também pelo aceite em compor a banca de defesa.*

*A equipe do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Departamento de Gestão na Saúde, da Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde, do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, pelo investimento em mestrados profissionais como política pública de formação de recursos humanos em saúde.*

*A Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), do Ministério da Saúde, e respectivo Programa de Pós-Graduação pelo investimento e realização do mestrado profissional, possibilitando a formação de recursos humanos estratégicos para o Sistema Único de Saúde.*

“Temos a obrigação de inventar outro mundo porque sabemos que outro mundo é possível. Mas cabe a nós construí-lo com nossas mãos entrando em cena, no palco e na vida. Atores somos todos nós, e cidadão não é aquele que vive em sociedade: é aquele que a transforma”.

(Augusto Boal – Diretor, dramaturgo e teórico)



## RESUMO

A Integralidade constitui-se como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e que no cotidiano da prática profissional e da gestão dos serviços encontra desafios para ser plenamente efetivado. Apresenta um conceito que não é unívoco, podendo ser percebidos vários sentidos relacionados ao tema que implicam na necessidade de mudanças nos paradigmas que norteiam a formação e o processo de trabalho. A pesquisa tem como foco principal a integralidade no cotidiano do trabalho em saúde do técnico de enfermagem considerando os seguintes questionamentos: Qual o conhecimento dos técnicos de enfermagem acerca do princípio da integralidade?; De que forma este princípio se aplica na sua prática profissional?; Como apreenderam este princípio na sua formação?; Que estratégias de intervenção podem ser pensadas na formação de modo a favorecer a efetivação do princípio da integralidade no seu processo de trabalho? A realização deste estudo adquire relevância e justificativa ao ser construído na perspectiva de contemplar as seguintes finalidades: Intensificar o diálogo fundamentado nos princípios doutrinários do SUS em busca de uma prática integralizadora no atendimento das necessidades de saúde; Direcionar o olhar para os técnicos de enfermagem considerando-os sujeitos protagonistas de atenção integral inseridos na equipe de saúde; Contribuir na formação dos mesmos, através da revisão do currículo do técnico de enfermagem; Avançar na articulação escola/serviço em busca de correlação teoria/prática e de ênfase na educação permanente de egressos e demais trabalhadores de nível médio em saúde/enfermagem. O objetivo geral foi investigar a percepção e a prática do princípio de integralidade entre os técnicos de enfermagem egressos de uma escola técnica de saúde (Escola de Formação Técnica em Saúde Enf<sup>a</sup> Isabel dos Santos - ETIS) e trabalhadores de uma instituição hospitalar do Sistema Único de Saúde (Hospital dos Servidores do Estado - HSE). Os objetivos específicos se constituíram em identificar a concepção e as ações de integralidade dos técnicos de enfermagem aplicadas em seu processo de trabalho; evidenciar a apreensão sobre integralidade decorrente da formação dos técnicos em enfermagem egressos da ETIS e que atuam no HSE; apontar principais estratégias de ressignificação do princípio da integralidade na formação e prática dos técnicos de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como instrumento de pesquisa a aplicação de questionários junto aos técnicos de enfermagem de forma a identificar a sua compreensão sobre o tema e as dificuldades, perspectivas e demandas no que concerne ao processo de trabalho e formação. Concluindo, analisou-se que para os técnicos de enfermagem, a integralidade está associada às questões de atendimento as necessidades de saúde, o trabalho em equipe multiprofissional e a prestação de cuidado integral, que no processo de trabalho, ainda não estão plenamente assegurados. Para a ETIS, surge o desafio de investir no estabelecimento de uma parceria escola/serviço, que contemple o princípio de integralidade como um dispositivo instituinte da formação do técnico de enfermagem em articulação ao processo de trabalho, contribuindo para que este profissional, no contexto da equipe de saúde, efetive seu papel de sujeito crítico e atuante em ações de integralidade no cotidiano do trabalho em saúde.

**PALAVRAS – CHAVE:** Integralidade; Técnico de Enfermagem; Formação; Atenção integral.

## ABSTRACT

The Integrality constitutes itself as one of the doctrinaire principles of the Sistema Único de Saúde (SUS) (Health Unique System) and that in the professional practice daily and of the services management meets challenges to be fully put into effect. It presents a concept that is not univocal, with the possibility of being perceived several senses related to the theme that implicate in the need of changes in the paradigms that guide the work's formation and process. The research has as main focus the integrality in the work's daily in nursing technician's health, considering the following questions: Which is the nursing technician's knowledge about the integrality principle?; How this principle is applied in its professional practice?; Which intervention strategies can be thought in the formation so as to favor the integrality principle of rendering effective in its work process? The realization of this study acquires relevance and justification at its construction in the perspective of contemplate the following finalities: Intensify the dialog based on the doctrinaire principles of the SUS in search of an integrative practice in the attendance of the health needs; Direct the look at the nursing technicians considering them protagonist subjects of integral attention inserted in the health team; Contribute in the formation of the same, through the nursing technician's curriculum revision; Progress in the school/service articulation in search of theory/practice correlation and of the emphasis in the permanent education of egressed persons and others workers of medium level in health/nursing. The general objective was to investigate the integrality principle's perception and practice among the egressed nursing technicians from a health technical school (Escola de Formação Técnica em Saúde Enf<sup>a</sup> Isabel dos Santos - ETIS) (School of Technical Formation in Health, Nurse Isabel dos Santos) and workers from a hospital institution of the Sistema Único de Saúde (Hospital dos Servidores do Estado - HSE). The specific objectives constituted themselves in: identify the integrality's conception and actions of the nursing technicians applied in their work process; evidence the apprehension about integrality resulting from the nursing technicians's formation egressed from the ETIS and that actuate in the HSE; point main strategies of re signification of the integrality principle in the nursing technicians's formation and practice. It is a question of a qualitative research that utilized as research tool the questionnaires application next to the nursing technicians in a way to identify its comprehension about the theme and the difficulties, perspectives and demands concerning to the work process and formation. Concluding, itself analyzed that for the nursing technicians, the integrality is associated to the attendance questions to the health needs, the work in multi professional team and the rendering of integral care, that in the work process, are not completely secured yet. For the ETIS, it arises the challenge of investing in the establishment of a school/service partnership, that contemplate the integrality principle as a instituting device of the nursing technician formation linked to the work process, contributing to that professional, in the health team context, put into effect its role of critical and actuating subject in integrality actions in the health work daily.

**KEY WORDS:** Integrality; Nursing Technician; Formation; Integral attention.

## SUMÁRIO

1– INTRODUÇÃO .....	01
1.1 – OBJETO DE ESTUDO.....	03
1.2 – QUESTÕES NORTEADORAS.....	03
1.3 – OBJETIVO GERAL.....	03
1.4 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	04
1.5 – JUSTIFICATIVA .....	04
2 - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS .....	06
3 – ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	17
3.1 – Cenário de Pesquisa .....	17
3.2 – Instrumentos metodológicos.....	18
3.3 - Análise e Interpretação dos dados.....	19
3. 4 – Aspectos éticos.....	19
4 – CARACTERIZANDO OS CENÁRIOS.....	21
4. 1 - O HSE e a Escola de Auxiliares de Enfermagem.....	21
4. 2 – A Escola de Formação Técnica Enf <sup>a</sup> Izabel dos Santos (ETIS).....	22
4. 3 – O Projeto Político Pedagógico da ETIS.....	24
4. 4 - A organização Curricular do Curso de Técnico de Enfermagem da ETIS .....	26
5 - INTEGRALIDADE X FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....	31
5.1 - Interpretando e analisando o sentido e o exercício da integralidade na prática profissional do técnico de enfermagem .....	32
5.1.1 – As necessidades de saúde do paciente – horizonte de integralidade .....	33
5.1.2 – Trabalho em equipe em prol do paciente.....	36
5.1.3 – O Cuidado Integral.....	41

5.2 - Interpretando e analisando o processo de ensino/aprendizagem sobre integralidade na formação do técnico de Enfermagem.....	47
6 - PROPOSIÇÕES PARA A FORMAÇÃO E PRÁTICA DE INTEGRALIDADE DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.....	50
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	56
APENDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
APENDICE II – Solicitação de Autorização de Pesquisa ao HSE.....	60
APENDICE III – Solicitação de Autorização à ETIS.....	61
APENDICE IV – Instrumento de Coleta de Dados.....	62
ANEXO I – Aprovação Protocolo de Pesquisa CEP/ENSP.....	63
ANEXO II - Aprovação Protocolo de Pesquisa CEP/HSE.....	64

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ABEn</b>	Associação Brasileira de Enfermagem
<b>AOSD</b>	Auxiliar Operacional de Serviços Diversos
<b>CEE</b>	Conselho estadual de Educação
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CIPLAN</b>	Comissão Interministerial de Planejamento
<b>DCNs</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública
<b>ETIS</b>	Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos
<b>HGB</b>	Hospital Geral de Bonsucesso
<b>HSE</b>	Hospital dos Servidores do Estado
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>MEC</b>	Ministério da Educação e Cultura
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>MT</b>	Ministério do Trabalho
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>PAISM</b>	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RETSUS</b>	Rede de Escolas Técnicas do SUS
<b>SESDEC</b>	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil
<b>SUDS</b>	Sistema Único Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## 1. INTRODUÇÃO

O ano de 2008 marca, na história da saúde pública brasileira, os vinte anos de inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) no texto da Carta Constitucional de 1988. Esse período também é marcante na minha trajetória, enquanto profissional de saúde, a partir da conclusão da graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ.

O exercício profissional me permitiu vivenciar a enfermagem no âmbito da assistência, da militância em uma entidade de classe pelo engajamento na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e, no âmbito da educação profissional em saúde, enquanto docente da Escola de Formação Técnica em Saúde Enf<sup>a</sup> Izabel dos Santos (ETIS) e da Escola de Saúde da Marinha do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

A ETIS foi criada pelo Decreto Estadual nº 13.802 de 01/11/1989 com a finalidade de qualificar profissionalmente os servidores de nível médio engajados na força de trabalho das Unidades da Rede Pública de Saúde do SUS/RJ.

Neste contexto, o meu lócus de atuação centra-se no Núcleo de Ensino do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), em função da ETIS desenvolver uma gestão descentralizada, fazendo-se presente em instituições hospitalares, nas quais ocorre o desenvolvimento didático-pedagógico e se constituindo em cenário de estágio supervisionado para as turmas em formação.

Neste espaço atuo como coordenadora local e docente de enfermagem, além de participar de atividades promovidas pelo Serviço de Educação Continuada desta instituição hospitalar em prol de investimento e aperfeiçoamento dos trabalhadores de saúde.

Em 2008, iniciei o curso do Mestrado Profissional, cujo processo de seleção tinha, entre seus critérios, a comprovação do(a) candidato(a) de sua atuação na docência e/ou gestão em unidades da rede de escolas técnicas de saúde do SUS (RET-SUS).

Ao refletir sobre o projeto de pesquisa, dirigi o olhar para a experiência docente-assistencial desenvolvida com os trabalhadores de nível médio da área de enfermagem dos Serviços de Saúde da rede pública e/ou conveniada ao SUS.

Nessa caminhada, observei pouca ênfase em abordagens educativas direcionadas a estes trabalhadores para a compreensão da lógica do SUS e de seus fundamentos doutrinários, como também reduzidos encontros que permeassem uma discussão coletiva na equipe de saúde visando uma atenção à saúde de base integralizadora. Acredito que isto constitua um **pressuposto** que justifique a dificuldade de uma tradução efetiva do sentido/construção/aplicação do princípio de integralidade na prática destes profissionais, o que me leva a questionar sobre a compreensão deste princípio por este grupo.

Universalidade, integralidade e equidade constituem um conceito tríplice que fortemente expressa o ideário da Reforma Sanitária Brasileira, estando implícitas neste conceito as questões relacionadas à cidadania e a saúde como direito de todos, como também a superação das injustiças, resultantes de nossa estrutura social<sup>1</sup>.

Com esta pesquisa, busco enfatizar o princípio da integralidade como algo indispensável ao Sistema de Saúde, por acreditar que apreender este princípio como um valor e operacionalizá-lo na prática profissional e no cotidiano dos serviços de saúde implica em mudanças nos paradigmas de formação e de processo de trabalho em saúde, hegemonicamente, instituídos.

De certo que interiorizar esse princípio nos currículos não se caracteriza em uma tarefa fácil para as instituições de ensino diante da herança do modelo Taylorista/Fordista de racionalização dos processos de trabalho que fortaleceu a divisão técnica e social do trabalho em saúde, como também o modelo biomédico, centrado na doença ou nos procedimentos necessários à intervenção na mesma.

A formação dos trabalhadores de nível médio por esse modelo privilegia técnicas em detrimento da formação política para o desenvolvimento de práticas profissionais que permitam a aderência de postura articulada e em rede, capaz de suscitar o diálogo, enquanto integrante de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Historicamente, valorizamos a hierarquização do conhecimento compartimentado e subjugado a classes sociais bem definidas. E o nível médio em saúde/enfermagem tem sido excluído de uma compreensão integral do mundo e das relações sociais e políticas, o que contribui para

uma desmotivação e alienação do trabalhador frente à fragmentação do trabalho, a hierarquia rígida, a separação entre a concepção e a execução<sup>2</sup>.

### **1.1 - OBJETO DE ESTUDO**

A integralidade no cotidiano do trabalho em saúde do técnico de enfermagem.

### **1.2 - QUESTÕES NORTEADORAS**

Durante o desenvolvimento do estudo busquei respostas aos seguintes questionamentos:

- Qual o conhecimento dos técnicos de enfermagem acerca do princípio da integralidade?
- De que forma este princípio se aplica na prática profissional do técnico de enfermagem?
- Como apreenderam este princípio na sua formação de técnico de enfermagem?
- Que estratégias de intervenção, na formação dos técnicos de enfermagem, podem ser pensadas de modo a favorecer a efetivação do princípio da integralidade no processo de trabalho destes profissionais?

### **1.3 - OBJETIVO GERAL**

Investigar a percepção e a prática do princípio de integralidade entre os técnicos de enfermagem de modo a propor estratégias de intervenção na sua formação.



#### **1.4 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Perceber a concepção de integralidade entre os profissionais de nível técnico em enfermagem que atuam no HSE;
- Identificar as ações de integralidade no processo de trabalho dos técnicos em enfermagem que atuam no HSE;
- Evidenciar a apreensão sobre integralidade na formação dos técnicos em enfermagem egressos da ETIS e que atuam no HSE;
- Apontar principais estratégias de ressignificação do princípio da integralidade na formação e prática dos técnicos de enfermagem.

#### **1.5 – JUSTIFICATIVA**

A discussão da integralidade da atenção vem permeando fóruns científicos em busca da compreensão dos sentidos e práticas de integralidade no cotidiano dos serviços de saúde.

Porém, de um modo geral, o olhar para o profissional de nível médio e sua percepção do princípio de integralidade se dá de uma forma abrangente ao considerar a equipe de saúde como um todo. As discussões e experiências de integralidade, no campo da formação, apresentam-se mais direcionadas para a graduação.

Assim, justificamos a realização deste estudo na perspectiva de contemplar as seguintes finalidades:

- Intensificar o diálogo fundamentado nos princípios doutrinários do SUS em busca de uma prática integralizadora no atendimento das necessidades de saúde;

- Direcionar o olhar para os técnicos de enfermagem considerando-os sujeitos protagonistas de atenção integral inseridos na equipe de saúde;
- Contribuir na formação dos mesmos, através da revisão do currículo do técnico de enfermagem da ETIS, fundamentando-se em suas percepções de modo a refletir e reconstruir a prática em saúde que seja coerente com o princípio de integralidade;
- Avançar na articulação escola/serviço em busca de correlação teoria/prática e de ênfase na educação permanente de egressos e, demais trabalhadores de nível médio em saúde/enfermagem, em prol da garantia de saúde como direito e como serviço.

A relevância do estudo se caracteriza pelo investimento de cunho científico que subsidie o repensar da formação do técnico de enfermagem, pontuando o princípio da integralidade como um elemento imprescindível no cotidiano do trabalho em saúde.

## 2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Ao discutir a questão da integralidade nos deparamos com uma palavra que não contempla uma conceituação unívoca. Camargo Júnior<sup>3</sup> afirma que “integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito”. Ele acrescenta que

Pode-se identificar, grosso modo, um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse agregado semântico: por um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de promoção à saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificados em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio (Camargo Júnior<sup>3</sup>, p.38-39)

Para este autor, o mais adequado no que se refere à discussão conceitual do termo integralidade “é tomá-lo não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir. Algo como o ideal de objetividade para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual buscamos nos aproximar (...) a integralidade é a um tempo inalcançável e indispensável” (Camargo Júnior<sup>3</sup>, p. 42).

Avançando na compreensão deste ‘ideal regulador’, integralidade representa uma das três diretrizes do Sistema Único de Saúde que estão contempladas na Constituição Federal de 1988, ainda que não registrada, expressamente, como integralidade e sim como atendimento integral<sup>4</sup>:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

**II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;**

III - participação da comunidade.

Em complemento à Lei Magna, a Lei nº 8.080/1990<sup>(a)5</sup> em seu Capítulo 2 – Dos Princípios e Diretrizes, enfatiza:

Art. 7 - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

**II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;**

Integralidade não se constitui apenas como uma diretriz do SUS devendo ser entendida como “uma bandeira de luta, parte de uma imagem-objetivo, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis”, e ainda, “(...) um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (Mattos<sup>6</sup>, p.43)

Considerando-se que o propósito de uma imagem-objetivo seja o de distinguir o que se almeja construir do que existe na realidade, no caso específico da realidade do SUS, Mattos<sup>6</sup> desenvolve uma reflexão sobre os sentidos da integralidade, apoiando-se em alguns dos usos do termo na política e práticas de saúde.

Um primeiro sentido está focado na prática da medicina integral e pela crítica que a mesma fazia a um atendimento médico fragmentário e, pela valorização das especialidades médicas que ressaltavam um olhar exclusivamente biológico, minimizando o olhar para as questões psicológicas e sociais.

O autor afirma que a medicina integral, em verdade, criticava os currículos de base flexneriana<sup>(b)</sup> que dicotomizavam o ensino nos chamados ciclo básico e profissional, o que desencadeou um processo de Reformas Curriculares. A “ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a

---

<sup>(a)</sup> Lei nº 8080 de 19/09/1990 – “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.”

<sup>(b)</sup> Abraham Flexner – educador que desenvolveu um estudo que desencadeou reformas nas escolas médicas a partir de 1910. O adjetivo ‘flexneriano’ é aplicado, geralmente com caráter pejorativo, aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos<sup>7</sup>.

uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão de amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos” (Pagliosa e Da Ros<sup>7</sup>, p.496)

Mattos<sup>6</sup> afirma que para a Medicina Integral, a integralidade teria o sentido de uma nova atitude médica que não reduziria o paciente a um sistema biológico que respaldasse a sua queixa. Logo, a boa medicina estaria relacionada com a boa prática médica, e esta mudança de atitude seria apreendida a partir das próprias escolas médicas através de seus currículos.

Ainda que esta abordagem de atenção centrada na doença esteja dirigida a formação médica, no que diz respeito à formação de profissionais da área de enfermagem, principalmente, no enfoque da educação profissional de nível médio, ainda é possível observar em alguns currículos, uma valorização do aspecto biológico em detrimento do aspecto psicológico e social, no que afete a saúde dos indivíduos, considerando a minha experiência docente.

A integralidade deve ser compreendida como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, expressando-se na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram. Integralidade implica em assistir o paciente além da doença que motiva o seu sofrimento e que o leva a procurar assistência; significa desenvolver uma visão abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos que ultrapassam as demandas explícitas relacionadas ao sofrimento, mas que se relacionam também ao diagnóstico precoce e redução de fatores de risco<sup>6</sup>.

Esta visão abrangente das necessidades de saúde dos indivíduos não deve ser entendida como algo inerente à prática médica. Ela deve permear e constituir uma preocupação do conjunto dos profissionais que integram os serviços de saúde<sup>6</sup>.

Cabe aqui destacar o olhar para a prática dos profissionais de saúde de nível médio no que tangencia suas ações de integralidade, já que os mesmos estão inseridos no conjunto dos profissionais de saúde e, portanto, há que se sustentar e defender o valor da integralidade em suas

práticas. Mattos<sup>6</sup> exemplifica uma situação na qual se observa uma prática de integralidade exercida por um agente comunitário de saúde, quando além de exercer sua função de pesar crianças com menos de 24 meses com a balança portátil, busca nas crianças maiores da moradia indícios de carência nutricional, ratificando que a integralidade mesmo quando diretamente ligada à aplicação de um conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde.

Integralidade está além de ser entendida apenas como uma postura/atitude dos profissionais, em caráter individualista, ela somente se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho, ou seja, integralidade deve ser percebida como uma dimensão das práticas profissionais, e dependendo da configuração social dessas práticas, podem ocorrer facilidades ou dificuldades para a realização da integralidade, e como exemplo de impedimento a um atendimento integral, o autor enfatiza a questão relacionada à gestão dos serviços no enfoque da cobrança de produtividade.

Assim, um sentido de integralidade até aqui defendido pelo autor incide sobre as práticas dos profissionais de saúde que convergem para uma atenção abrangente das necessidades de saúde dos indivíduos que não se reduz à prevenção e controle das doenças, ou seja, compreende a integralidade como um valor inerente a todas as práticas de saúde e não somente com o foco nas práticas de saúde do SUS.

Outro sentido de integralidade converge para a organização dos serviços e das práticas de saúde. Este princípio, em si mesmo, objetiva romper a dicotomia entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, de certa forma consolidada pelo Sistema Nacional de Saúde criado na década de 1970 que sustentava a implementação destas práticas por Ministérios diferentes, a saber, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social, respectivamente.

Para romper com esta dicotomia, a noção de integralidade exigia certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais, ou seja, as práticas de saúde deveriam ser pensadas pelas equipes das unidades a partir do horizonte da população atendida e de suas necessidades e não,

exclusivamente, sob o ponto de vista da inserção desta população em um programa específico do ministério. Esse sentido de integralidade remete para uma organização dos serviços de modo que os mesmos possam realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população que atendem e não somente responder às doenças que ela apresenta.

Um terceiro sentido de integralidade relaciona-se as políticas especiais implementadas pelo governo em resposta a determinados problemas de saúde, como por exemplo, a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em que o termo assistência integral indica uma ampliação do horizonte de pensamento e ação para os problemas de saúde da mulher, no que se consideram as questões preventivas e assistenciais.

Sintetizando, o autor afirma que independentemente de se considerar a integralidade como princípio orientador das práticas, da organização do processo de trabalho ou das políticas de saúde, o que se busca é o não reducionismo e a não objetivação dos sujeitos, além de um instrumento que afirme uma abertura para o diálogo.

Para a realização da integralidade é necessário estabelecer uma relação sujeito-sujeito nas práticas dos serviços de saúde, nas discussões sobre a organização dos serviços e sobre as políticas públicas.

Entendemos que a busca pela compreensão do sentido de integralidade para os profissionais de nível médio em enfermagem deve contemplar o seu cotidiano de trabalho em saúde, enquanto lócus da sua experiência profissional.

Estudar os atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições é fundamental, pois possibilita a localização dos elementos objetivos e subjetivos, por meio dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social que inclui a vida institucional” (...). “No caso das instituições de saúde, o cotidiano dos atores representa um espaço de lutas, de exercício do poder, aqui entendido não como um objeto natural, uma coisa, mas como prática social, influenciada pelas práticas sanitárias e políticas (Pinheiro<sup>8</sup>, p. 68)

A integralidade da atenção deve configurar-se como eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais da área de conhecimento: saúde, de modo a contribuir à formulação de uma

política do SUS para a mudança na graduação das profissões de saúde<sup>9</sup>. O autor complementa que esta configuração de integralidade da atenção deve informar o campo das práticas e o de uma formação que dê possibilidade a estas práticas. No caso do presente estudo, entendemos que esta configuração se aplica a mudança tanto à graduação quanto a formação do nível técnico em saúde.

Ceccim<sup>9</sup> (p. 1402) ratifica que a educação dos profissionais de saúde se fundamenta, hegemonicamente, em uma abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, com um modelo pedagógico centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, caracterizando-se em um ensino tecnicista.

Enfatiza as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), aprovadas entre 2001 e 2002, como uma estratégia de rompimento deste paradigma, pois as mesmas afirmaram que a formação do profissional de saúde deve *contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde*<sup>(c)</sup>.

O autor destaca o acréscimo contemplado na profissão de enfermeiro de que o atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pela *integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento*. Defendemos que este acréscimo em questão deve pautar também a educação profissional de nível técnico da enfermagem, concordando que “a integralidade da atenção supõe, entre outros, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornarem-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais” (Ceccim<sup>9</sup>, p.1407)

A atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde em busca da constituição de uma equipe multiprofissional e entre profissionais de saúde e usuários em busca de uma ampliação efetiva de sua autonomia. (Feuerwerker apud Ceccim<sup>9</sup>).

Corroborando, “a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no

---

<sup>(c)</sup> Grifo do autor



espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital...”, sendo denominado como “integralidade focalizada”, considerando-se a delimitação de um espaço (Cecílio<sup>1</sup>, p.117-118)

Com o foco em uma instituição hospitalar e os diversos componentes de uma equipe multiprofissional, a integralidade da atenção se faz presente no cuidado integral em saúde que “ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves” <sup>(d)</sup> (Cecílio e Merhy<sup>10</sup> p.199). A composição do cuidado em saúde se configura por uma “complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo dialético de complementação e também de disputa”, (...) “a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital (Cecílio e Merhy<sup>10</sup>, p.200).

Considerando que as interações relacionais trabalhador de saúde /paciente acontecem no contexto do SUS e que o mesmo “busca construir, com base em seus princípios, relações solidárias e democráticas, os modos de formação empregados para a qualificação de seus profissionais devem pressupor o desenvolvimento omnilateral das capacidades humanas. Sem uma formação crítica e ampliada, o trabalhador de saúde não poderá verdadeiramente compreender a saúde como uma produção social nem a complexidade do seu fazer a partir da escuta das necessidades da população (Silva e Tavares<sup>11</sup>, p.273).

O autor propõe referenciar o princípio da integralidade como um dispositivo instituinte do processo de trabalho em saúde objetivando uma produção de cuidado eficaz e humanizado e, portanto, um dispositivo crítico para a formação dos profissionais de saúde, ressaltando o seu potencial para o trabalhador operar transformações na política de saúde. Acrescenta também que a materialização do princípio da integralidade se concretiza no campo das relações humanas, nas relações políticas, nas

---

<sup>(d)</sup>Tecnologias duras: referidas aos equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; Tecnologias leve-duras: referidas aos saberes profissionais bem estruturados, como a Clínica e a Epidemiologia e os de demais profissionais que compõem a equipe; Tecnologias leves: referidas àquelas que se produzem no trabalho vivo, em ato, em um processo relacional, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde/paciente.

relações de trabalho, na forma como os profissionais se relacionam com as pessoas que procuram os serviços de saúde.

Para Cecílio<sup>1</sup>, as necessidades de saúde devem se constituir como um conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. O autor considera que universalidade, integralidade e equidade constituem um *‘tríplice conceito-signo’* afirmando que “a luta pela equidade e integralidade implica em repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde” (Cecílio<sup>1</sup>, p.115)

Na compreensão de necessidades de saúde enquanto um conceito estruturante, este autor desenvolve quatro grandes conjuntos para compor uma taxonomia de necessidades de saúde, a saber: 1) a aquisição de “boas condições de vida” seja decorrente de fatores ambientais ou externos que determinam o processo saúde-doença, seja decorrente do modo de viver da humanidade no processo produtivo nas sociedades capitalistas, bem como das explicações mais importantes para o modo de adoecer e morrer; 2) A possibilidade de acesso e consumo de toda tecnologia de saúde capaz de prolongar a vida; 3) A criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional, significando um encontro de subjetividades pelo estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal, calorosa e intransferível; 4) A necessidade de cada pessoa de ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, considerando que informação e educação em saúde constituem uma parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa, na possibilidade de uma reconstrução e ressignificação dos sentidos de sua vida e, conseqüentemente, do seu modo de viver, no que estaria incluída a luta pela satisfação de suas necessidades de forma mais ampla possível.

A construção desta taxonomia busca enfrentar o desafio de uma conceituação de necessidades de saúde que possa ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde no seu cotidiano. O autor refere que as necessidades de saúde têm a potencialidade de ajudar os trabalhadores a “fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam ‘cuidados em saúde’, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas” (Cecílio<sup>1</sup>, p.115-116)

Uma nova prática em saúde que seja coerente com o princípio de integralidade demanda transformações no âmbito da formação profissional em saúde e da organização do processo de trabalho em saúde. No que tange a formação, a crítica ao modelo flexneriano desenvolvido por currículos centrados na doença, na hegemonia médica, na dissociação teoria/prática contribuiu para a proposta de um novo paradigma capaz de reorientar as relações entre profissionais/comunidade/serviços, reconhecido como paradigma da construção social da saúde que se apóia no fortalecimento do cuidado, na ação intersetorial e na crescente autonomia das populações em relação à saúde (Mendes apud Silva e Tavares<sup>11</sup>).

Assumir a integralidade como eixo orientador da formação de profissionais de saúde exige uma compreensão integral do mundo e das relações sociais e políticas<sup>11</sup>. O autor afirma que os desafios da formação dos profissionais de saúde estão ligados aos desafios do sistema de saúde e que ambos devem buscar uma reorientação dos modos de cuidar e de promover a saúde, visando à integralidade da atenção em saúde, acrescentando

A interlocução entre instituições e atores sociais é a chave para a integração das ações, e a escuta das necessidades de saúde a ferramenta básica de que dispõe o profissional para o acolhimento das demandas por cuidados em saúde.

A “pedagogia da integralidade”, pautada por um princípio educativo que leve a garantia de saúde como direito e como serviço, constitui uma estratégia para diminuir as fronteiras atuais entre trabalho-ensino-serviço-sociedade, tornando-as mais permeáveis aos valores democráticos e emancipatórios (Silva e Tavares<sup>11</sup>, p.283).

Focando o olhar para a equipe de saúde e todos os seus integrantes, especialmente os de nível médio, e a necessidade de que os serviços contemplem a integralidade como um princípio de organização contínua do processo de trabalho em saúde, é mister repensar a organização deste processo no qual o modelo taylorista exerceu forte influência, especialmente nas instituições hospitalares.

No enfoque da profissão de enfermagem, podemos evidenciar que

(...) a organização taylorista do trabalho influenciou a estruturação do modelo de formação e de atuação profissional, proposto e implementado por Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra. O modelo da gerência científica fundamenta-se na divisão entre trabalho manual e intelectual e na hierarquização de atividades e funções, pela fragmentação do trabalho, distanciando os/as trabalhadores/as do conhecimento e controle do processo como um todo (Matos <sup>12</sup>, p.17)

Portanto, a utilização dos referenciais taylorista/fordista na organização do trabalho contribuiu com elementos que comprometeram o trabalho coletivo em saúde, tais como:

A fragmentação do trabalho com especialização dos trabalhadores para o exercício de tarefas delegadas; hierarquia rígida e controle gerencial do processo de produção; desequilíbrio nas cargas de trabalho; separação entre concepção e execução, levando à desmotivação e à alienação do trabalhador (Pires et al. <sup>2</sup>, p.314).

Para esta autora, o trabalho coletivo em saúde é fortemente influenciado pelas características do trabalho coletivo do modo capitalista de produção com fragmentação, hierarquização e alienação e, ainda que o trabalho em saúde envolva múltiplos profissionais, a interdisciplinaridade em saúde é mais uma figura de retórica do que uma prática concreta. Ela também enfatiza que a enfermagem “tem adotado princípios de organização baseados no taylorismo-fordismo, destacando-se a hierarquia rígida, a divisão de trabalho em tarefas, a ênfase no “como fazer”, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas e a fragmentação da assistência” (Pires et al. <sup>2</sup>, p.316).

Estes elementos de organização do processo de trabalho e de formação, hegemonicamente, instituídos constituem paradigmas que precisam ser superados em busca da efetivação do princípio da integralidade.

Considerando os trabalhadores de nível médio em enfermagem, sem minimizar e/ou hierarquizar a fundamental importância da utilização das tecnologias duras e leve-duras no seu exercício profissional específico e no âmbito de um trabalho em equipe na saúde, há que se

destacar e valorizar o papel deste trabalhador em ações de integralidade da atenção frente às interações relacionais que ele estabelece enquanto profissional de saúde junto ao paciente tendo por subsídio a utilização das tecnologias leves, que se efetivam por meio das práticas de acolhimento, estabelecimento de vínculos, entre outras.

Para obter a percepção e a prática da integralidade entre os técnicos de enfermagem, nos referenciaremos no aporte teórico de Mattos<sup>6</sup> focando a prática profissional deste grupo, por acreditar que assim poderemos contribuir para um repensar de estratégias seja na formação deste grupo, seja na inserção de sua atuação frente à organização dos serviços.

Os profissionais de nível médio de enfermagem, integrantes de uma equipe de saúde, compõem uma força de trabalho numerosa e muito próxima do paciente, por uma característica do próprio exercício profissional. Acreditamos que eles exercem um papel fundamental nas questões que os teóricos da integralidade enfocam no refletir a atenção integral em saúde e nas ações que envolvem a compreensão das necessidades de saúde, as interações relacionais que se estabelecem entre profissional-paciente, o cuidado integral, entre outras.

### 3 - ASPECTOS METODOLÓGICOS

Partindo-se do princípio de que a presente pesquisa investigou um grupo particular de sujeitos com a finalidade de captar a percepção dos mesmos sobre a questão da integralidade e se ela se efetiva ou não em suas práticas profissionais, optou-se pela escolha do **método qualitativo**, pela sua natureza de se preocupar “... com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (...) “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes...” (Minayo<sup>13</sup>, p.21-22)

Trata-se de um método que se aplica ao estudo das relações, percepções, entre outros produtos de interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivenciam suas experiências e de como as constroem, sejam no plano do sentimento ou do pensamento<sup>14</sup>.

A autora afirma ainda que “as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos” (Minayo<sup>13</sup>, p.57)

Assim, no atendimento aos objetivos específicos da pesquisa que orientam a busca da percepção de um grupo específico de sujeitos para proceder a uma análise de seus discursos e do teor de documentos, acreditamos que o referido método atendeu a proposta pretendida.

#### 3.1 - CENÁRIO DA PESQUISA:

##### ➤ **Campo**

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital terciário, unidade do Ministério da Saúde, integrante da rede SUS, especificamente o Hospital dos Servidores do Estado.

O HSE, inaugurado em 28 de outubro de 1947, possui uma tradição histórica de referência assistencial em diversas áreas de atuação e de formação, pois se caracterizou como o primeiro hospital brasileiro a implantar a residência médica, um ano após sua inauguração<sup>15</sup>.

Com relação à área de enfermagem, destaca-se nesta instituição a criação da Escola de Auxiliares de Enfermagem do HSE, em 1954, com o objetivo de investir e qualificar as atendentes de enfermagem desta unidade assistencial. Escola esta, que podemos afirmar como o núcleo embrionário da atual Escola Técnica em Saúde Enf<sup>a</sup> Izabel dos Santos (ETIS).

### ➤ **Sujeitos/Universo da Pesquisa**

Os sujeitos de pesquisa referem-se aos técnicos de enfermagem egressos da ETIS/Núcleo de Ensino HSE, no período de 2001 a 2007, e que se constituem como trabalhadores lotados neste hospital. Neste período, o número de formandos correspondeu a 226 (duzentos e vinte e seis) alunos e, destes, temos um quantitativo de 50 (cinquenta) egressos localizados no HSE, em diferentes clínicas e/ou setores, cumprindo uma escala de 12x60 horas em plantões diurnos e noturnos, que então comporiam o universo de sujeitos da pesquisa.

Contudo, ocorreu uma redução deste universo em função da necessidade de exclusão de 10 sujeitos com as seguintes justificativas: Recusa em participar (04); Aposentadoria (03); Licença-médica (02) e licença-prêmio (01), contabilizando-se então 40 sujeitos participantes da pesquisa com a devida autorização assinada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **3.2 - INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS**

A escolha do instrumento empregado no processo da pesquisa considerou a possibilidade de contemplar o alcance dos objetivos propostos. Assim, para caracterizar a percepção do sentido de integralidade e como ele se constitui ou não nas práticas profissionais, optou-se pela aplicação de **questionário** estruturado com perguntas abertas. Considerando-se o quantitativo de sujeitos e o tempo a ser despendido por eles na realização das respostas (com uma média aproximada de 40 a 60 minutos), buscou-se um número reduzido de

questões, mas que contemplassem as unidades temáticas das questões norteadoras.

Os questionários foram aplicados junto aos sujeitos de pesquisa no seu local de trabalho e na melhor hora disponível para eles no seu turno de plantão. Os sujeitos de pesquisa foram informados sobre a forma como foram selecionados, os objetivos da pesquisa, o instrumento utilizado para a coleta de dados, a importância de sua participação e contribuição para re-orientação da formação instituída, no tema em questão.

### **3.3 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

Os dados obtidos nos questionários foram classificados segundo categorias temáticas contemplando os objetivos específicos e as questões norteadoras, considerando ainda, outras dimensões do tema que se apresentaram como relevantes nas respostas.

A análise temática implicou em descobrir núcleos de sentidos nas respostas considerando-se a frequência significativa das mesmas para a investigação.

### **3.4 - ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz em primeiro plano pelo vínculo acadêmico e, em um segundo momento, após o parecer favorável do CEP/ENSP, foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital dos Servidores do Estado que aprovou o protocolo CEP: 000.381 em 27/08/2009, quando então pode ser iniciada a coleta de dados, conforme preconiza a Resolução 196/96<sup>16</sup> do Conselho Nacional de Saúde.

O preenchimento dos questionários estava subordinado ao aceite do sujeito de pesquisa mediante autorização no Termo de Consentimento



Livre e Esclarecido (Anexo I). Os questionários não possuem identificação dos sujeitos pesquisados, estando sob a responsabilidade e guarda da pesquisadora e os mesmos serão destruídos após a conclusão da análise e finalização da pesquisa. Na garantia do anonimato, as respostas dos sujeitos pesquisados consideradas na análise serão representadas pelas iniciais TE seguidas de uma numeração.

Foi solicitada ao HSE autorização para a realização da pesquisa no espaço da instituição e com os seus funcionários, conforme Anexo II, como também foi solicitada a Direção da ETIS autorização para utilização na pesquisa dos documentos da escola relacionados ao seu Projeto Político Pedagógico e Guia Curricular do Técnico de Enfermagem (Anexo III).

## **4 – CARACTERIZANDO OS CENÁRIOS**

### **4.1 - O HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO (HSE) E A ESCOLA DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM.**

O HSE, inicialmente conhecido como Hospital do Funcionário Público Federal, foi inaugurado em 28 de outubro de 1947. Morínigo, 2007, afirma no prefácio do livro “Hospital dos Servidores do Estado: Um Patrimônio de Saúde, Arquitetura e História” que esta instituição possui 514 leitos de internação, centro cirúrgico com 22 salas, contando com unidades intensivas e modalidades mais modernas de atenção, como hospital-dia e atendimento domiciliar terapêutico. Dispõe de serviços assistenciais em todas as especialidades e realiza procedimentos de alta complexidade e tecnologia de ponta em várias áreas. Possui 186 salas de ambulatório, centro cirúrgico ambulatorial com nove salas e centro de diagnóstico ambulatorial com 15 salas.

Em planilha emitida pelo Departamento de Recursos Humanos/HSE datada de 19/08/2009, contabiliza-se um total 3301 funcionários, sendo 893 médicos, 1424 profissionais de enfermagem (531 enfermeiros, 893 auxiliares de enfermagem<sup>(e)</sup>) e 445 leitos ocupados. Em termos percentuais, os servidores de nível médio constituem 50,14% (1655) e os servidores de nível superior somam 49,86% (1646) da força de trabalho desta instituição.

Neste complexo hospitalar criou-se, em 1954, por Portaria Ministerial nº 850, a Escola de Auxiliares de Enfermagem do HSE com o objetivo de qualificar os atendentes de enfermagem desta instituição como auxiliares de enfermagem, de modo a investir na qualidade da assistência de enfermagem prestada. Quando o HSE passou a integrar a rede do INAMPS, outras escolas foram criadas no Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital da Lagoa, Hospital de Ipanema e mais tarde no Instituto Nacional do Câncer (INCA), sendo a Escola do HSE mantida

---

<sup>(e)</sup> Este total de auxiliares de enfermagem contempla pessoas que já concluíram o curso técnico de enfermagem, porém o provimento de cargo é de auxiliar de enfermagem.

como sede na qual se localizava a Direção Técnico-Pedagógica e uma turma de alunos em formação.

Todos os anos eram oferecidos 200 vagas para o curso de auxiliares de enfermagem, sendo 40 para cada uma das instituições acima referidas. Os candidatos submetiam-se a um concurso no qual era exigido o ensino fundamental completo e eram avaliados em termos de conhecimentos gerais, sendo-lhes garantida alimentação na unidade hospitalar e uma ajuda de custo.

Em seguimento à política de ordenação de recursos humanos, a partir de 1987, as turmas passaram a ser compostas, exclusivamente, de servidores do INAMPS (no cargo de Auxiliares Operacionais de Serviços Diversos/AOSD, classe C, que eram administrativamente subordinados à Enfermagem), e posteriormente, as turmas passaram a contemplar também os servidores das secretarias estaduais e municipais de saúde, como também da rede privada conveniada ao SUS.

#### **4.2 - A ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE “ENFERMEIRA IZABEL DOS SANTOS” (ETIS).**

A ETIS, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC/RJ), foi criada pelo Decreto Estadual nº 13.802 de 01/11/1989 com a finalidade de qualificar trabalhadores de nível médio atuantes no setor público de saúde do Estado do Rio de Janeiro, mas não possuidores de habilitação profissional. O Regimento Escolar e os Projetos de Cursos foram autorizados pelo Parecer nº 150/90 do Conselho Estadual de Educação/CEE/RJ<sup>17</sup>.

Sua concepção pedagógica tem como princípio educativo o trabalho e está ancorada no “Projeto de Formação de Pessoal de nível médio em Larga Escala”<sup>18</sup>, surgido em 1981, em conjunto com uma proposta de reformulação dos serviços de saúde. Este projeto se tornou uma estratégia prioritária na preparação de recursos humanos mediante a

“Resolução CIPLAN nº 15, de 11 de novembro de 1985, em decorrência do acordo interministerial MS/MEC/MT/MPAS/OPAS<sup>18</sup>.”

Historicamente, a ETIS tem como origem a Escola de Auxiliares de Enfermagem do Hospital dos Servidores do Estado, que a partir de 1986 se constituiu no primeiro espaço de aplicação do Projeto Larga Escala, após uma reorientação do processo de formação ali existente, e em 1987, iniciou-se uma turma composta exclusivamente por servidores do INAMPS. Com a criação da ETIS (1989) a escola do HSE passa a ser vinculada à ETIS, como também as escolas do HGB, Lagoa, Ipanema e INCA, passando a ser conhecidos como Núcleos de Ensino.

Dal Poz<sup>16</sup> afirma que a assinatura do Convenio SUDS 01/88 “... mostrou a necessidade de ampliar a formação para os servidores das demais instituições integrantes do sistema de saúde”. Acrescenta ainda, que a intensificação do processo de municipalização no Estado do Rio de Janeiro, evidenciou a necessidade de uma expansão geográfica, como também uma ampliação das habilitações oferecidas pela Escola do HSE, especificamente dirigida à formação de auxiliares de enfermagem. Desta forma, “... impunha-se, então, como necessidade a organização de uma nova escola que, atendendo aos princípios de descentralização, atendimento integral e qualidade da assistência, não rompesse com a concepção pedagógica do Projeto Larga Escala”<sup>16</sup>.

Assim, instituiu-se que a execução dos cursos oferecidos pela ETIS ocorresse de forma descentralizada, através dos Centros de Execução Programática Descentralizada (CEPD), aprovados pelo Parecer nº 400/1992 do CEE/RJ, objetivando alcançar os serviços de saúde dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, promovendo assim a educação profissional técnica de nível médio, tendo como base o artigo 39<sup>(f)</sup> da Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional (LDBEN nº 9394/96) e no artigo 2º da Deliberação 295/05<sup>(g)</sup> do CEE/RJ.

---

<sup>(f)</sup> Art. 39. A educação profissional e tecnológica, no cumprimento dos objetivos da educação nacional, integra-se aos diferentes níveis e modalidades de educação e às dimensões do trabalho, da ciência e da tecnologia.

<sup>(g)</sup> Art. 2º. A Educação Profissional Técnica de nível médio será desenvolvida em articulação com o Ensino Médio nas suas diferentes modalidades, em estabelecimentos de educação básicas públicas ou privadas ou por diferentes estratégias de educação continuada, em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho, a saber:

I - integrada, no mesmo estabelecimento de ensino, contando com a matrícula única para cada aluno;

Considerando a Resolução nº 04/99 da Câmara de Educação Básica (CEB) que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, a ETIS encaminhou, em 2001, seu Projeto Político Pedagógico (PPP) ao Conselho Estadual de Educação que emanou o Parecer Autorizativo de nº 506/2001.

Desde então, a ETIS vem desenvolvendo ações de qualificação profissional dos trabalhadores de nível médio da área da saúde e integrando o quadro das escolas técnicas de saúde que compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS/MS).

Por seguir um modelo de gestão descentralizada, a ETIS estabelece as diretrizes mediante o seu PPP (Projeto Político Pedagógico) e o desenvolvimento das atividades necessárias à formação ocorre nas unidades hospitalares e/ou demais serviços de saúde, em espaço próprio destinado à escola. No caso do HSE, as atividades teórico-práticas são desenvolvidas nas unidades assistenciais ambulatoriais, clínicas e cirúrgicas conforme a área temática do Curso Técnico de Enfermagem, segundo a metodologia curricular preconizada pela ETIS.

#### **4.3 - O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA ETIS**

O PPP da ETIS foi elaborado subsidiando-se em reflexões coletivas, oportunizadas pela Direção Geral e Pedagógica com o corpo docente e administrativo da escola, tendo como objetivo oferecer a este grupo “subsídios para a organização de seu processo de trabalho na perspectiva da integração entre a dimensão política e a dimensão técnica, entre o pensar e fazer saúde e educação” (ETIS<sup>19</sup>, p. 5)

---

II – concomitante, no mesmo estabelecimento de ensino ou em instituições de ensino distintas, aproveitando as oportunidades educacionais disponíveis, ou mediante convênio de intercomplementariedade; e

III – subsequente, oferecida somente a quem já tenha concluído o Ensino Médio.

A **missão** constante deste PPP diz respeito a “Qualificar, habilitar, requalificar e especializar os profissionais de nível técnico da área de saúde, preferencialmente trabalhadores do Sistema Único de Saúde ou em processo de admissão a ele, através de proposta pedagógica crítico-reflexiva, visando à cidadania e a promoção da saúde, com base no perfil epidemiológico e nas características da rede de serviços do Estado do Rio de Janeiro” (ETIS<sup>19</sup>, p.8).

No que se relaciona à **proposta pedagógica**, o PPP afirma que a mesma tem “como base os princípios de uma Teoria Crítica da Educação, em que se crê na real capacidade de construção e reelaboração do conhecimento pelo aluno, partindo de suas experiências de vida e de sua realidade. Parte-se ainda da observação dos problemas desta realidade, buscando identificar as suas causas, determinantes e natureza, para com suportes teóricos, levantar hipóteses de solução para aplicação à realidade analisada” (ETIS<sup>19</sup>, p.8).

Para assegurar a integração teórico-prática, considerando os cenários de ensino-serviço-comunidade, o PPP opta por **uma estrutura curricular integrada**, organizada em áreas do conhecimento pautadas no perfil profissional.

Quanto à **avaliação**, o PPP a descreve como atividade permanente e indissociável do processo ensino-aprendizagem, não dirigida para a “eliminação e sim para o acompanhamento e identificação das dificuldades de modo a possibilitar a organização de estratégias pedagógicas de recuperação” (ETIS<sup>19</sup>, p.8).

Especificando o **perfil profissional de conclusão** da habilitação enfermagem, o PPP assim dispõe: “Profissionais da área da saúde, de nível técnico, integrantes da equipe de enfermagem, com exercício regulamentado por Lei nº 7498/86<sup>(h)20</sup> que desenvolvem, sob a supervisão do enfermeiro, ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação referenciadas nas necessidades individuais e coletivas, nos diversos ciclos de vida, determinadas pelo processo saúde-doença. Desempenha suas atividades profissionais com responsabilidade e justiça na busca do exercício de cidadania, baseando-se nos princípios éticos, políticos,

---

<sup>(h)</sup> Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências.

sócio-culturais e educativos que contribuem para o alcance da qualidade do cuidar em enfermagem” (ETIS<sup>19</sup>, p. 11).

#### 4.4 - A ORGANIZAÇÃO CURRICULAR PARA O CURSO DE FORMAÇÃO EM TÉCNICO DE ENFERMAGEM

O curso está estruturado em quatro áreas de conhecimento de saúde/enfermagem, contemplando temas transversais relacionados à cidadania, integralidade, ética, humanização do cuidar, saúde mental e saúde do trabalhador para a formação do técnico de enfermagem. Os alunos devem apresentar como pré-requisito o ensino médio completo e a formação em auxiliar de enfermagem e, assim, a complementação para a qualificação profissional do técnico de enfermagem se desenvolve cumprindo um total de 760 H, sendo 560 H de teórico-prático e 200 H de estágio supervisionado, conforme quadro a seguir:

<b>TÉCNICO EM ENFERMAGEM</b>				
	<b>ÁREA I</b>	<b>ÁREA II</b>	<b>ÁREA III</b>	<b>ÁREA IV</b>
<b>ÁREAS</b>	Promoção da Vigilância a Saúde	Rompendo a cadeia de Infecção Hospitalar	Assistindo ao paciente crítico	Conhecendo o processo de trabalho em saúde/enfermagem
Teórico-prático 560 h	130h	100h	250h	80h
Estágio supervisionado 200 h	40h	40h	80h	40h
<b>TOTAL</b>	<b>760 h</b>			

Para cada área temática, foram construídos os chamados Guias Curriculares que são disponibilizados a todos os alunos e nos quais estão definidas as competências, habilidades e bases tecnológicas, como também toda a descrição de todas as unidades de ensino com os

respectivos objetivos a serem alcançados, além de textos de apoio didático necessários ao desenvolvimento das mesmas, a saber:

## **Área I - Promovendo a Vigilância a Saúde**

### **Competências**

- Compreender a determinação social do processo saúde-doença, implementando os princípios da Política Nacional de Saúde e do modelo de Atenção à Saúde, como forma de busca da qualidade de vida.
- Promover processos educativos, considerando os princípios de participação ativa e coletiva da comunidade/paciente e de problematização de sua realidade.
- Compreender o impacto da pesquisa na assistência de enfermagem, relacionando as ações de registro e coleta de dados, considerando aos princípios bioéticos.

### **Habilidades**

- Identificar a determinação social, econômica, política do processo saúde-doença e o seu impacto na qualidade de vida da população, relacionando ao perfil epidemiológico.
- Implementar ações de vigilância à saúde, a partir da participação coletiva através de processos educativos.
- Identificar a vigilância epidemiológica como instrumento de controle e prevenção de doenças através de indicadores epidemiológicos.
- Atuar na coleta de dados e na elaboração de registros como etapas de processos de pesquisa.
- Prestar assistência de enfermagem ao cliente, aplicando os princípios bioéticos.

### **Bases tecnológicas**

- Processo saúde-doença e seus determinantes.
- Política Nacional de Saúde e o modelo de Atenção à Saúde: princípios orientadores, organizacionais, financiamento e controle social.
- Vigilância epidemiológica e indicadores.
- Ação educativa em saúde: finalidade, concepções pedagógicas, processo de ensino aprendizagem e planejamento educativo.
- Pesquisa em enfermagem e sua aplicabilidade na área da saúde/enfermagem.
- Princípios bioéticos.

## **Área II - Rompendo a cadeia de Infecção Hospitalar**

### **Competências**

- Desenvolver ações de enfermagem livre de riscos, a partir da compreensão da epidemiologia das infecções hospitalares.



- Desenvolver procedimentos antimicrobianos, com base na identificação do potencial de risco da transmissão de infecção no ambiente hospitalar.
- Prestar assistência de enfermagem a pacientes com infecção hospitalar, respeitando as normas de precauções e isolamento.
- Realizar registros de enfermagem, visando fornecer dados relevantes para identificação e controle das infecções.

### **Habilidades**

- Relacionar os modos de viver hospitalar com a epidemiologia das infecções hospitalares.
- Identificar e classificar as áreas, superfícies e artigos hospitalares conforme o potencial de risco de infecção hospitalar.
- Identificar os métodos de processamento de áreas, superfícies e artigos hospitalares.
- Promover ações de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares.
- Valorizar os registros de enfermagem, enquanto fonte de dados para detecção de infecção hospitalar.
- Implementar a assistência de enfermagem, relacionando a aplicação das técnicas, conforme a recomendação da CCIH, com a prevenção e controle de infecções hospitalares.
- Identificar o tipo de isolamento e precauções e suas indicações.
- Utilizar os equipamentos de proteção individual, conforme a natureza do risco.
- Identificar as formas de tratamento de infecção.
- Prestar os cuidados de enfermagem na administração de medicamentos, relacionando as recomendações da CCIH.

### **Bases tecnológicas**

- Epidemiologia das infecções hospitalares.
- Métodos de processamento de áreas, superfícies e artigos hospitalares.
- Os anti-sépticos e suas formas de uso e conservação.
- Farmacologia dos antimicrobianos, antitérmicos.
- Precauções e isolamento.
- Uso de equipamentos de proteção individual (EPI).
- Sinais vitais.
- Técnicas de lavagem das mãos, curativo, higiene, administração de medicamentos, aplicações de frio e calor, registros de enfermagem.

### **Área III - Assistindo ao paciente crítico**

#### **Competências**

- Caracterizar o cliente/paciente em estado crítico, agravamento do quadro clínico ou de agonia, a partir da identificação dos seus sinais e sintomas.
- Conhecer a organização, estrutura e funcionamento de unidades de terapia intensiva, bem como o funcionamento dos equipamentos e materiais específicos.

- Interagir com o paciente/cliente, familiares ou responsáveis, através de meios de comunicação escrita, oral e/ou por sinais/gestos.
- Assistir ao paciente crítico aplicando os princípios técnico-científicos, éticos.

### **Habilidades**

- Prestar cuidados de enfermagem que atendam às necessidades de higiene, conforto, segurança, alimentação, hidratação e eliminação de paciente crítico.
- Intervir com as medidas cabíveis, em nível de sua competência, no caso de agravamento do estado de saúde do paciente.
- Prestar assistência de enfermagem a pacientes agonizantes.
- Estabelecer comunicação eficiente com o paciente/cliente, seus familiares ou responsáveis e com a equipe de trabalho.
- Utilizar princípios científicos preventivos de agravos, complicações e seqüelas.
- Operar equipamentos e manusear materiais próprios do campo de atuação.
- Interpretar normas de segurança relativas a tratamentos com antineoplásicos.
- Normas relativas ao manuseio de antineoplásicos.
- Cuidados com o meio ambiente, armazenamento e conservação de antineoplásicos.

### **Bases tecnológicas**

- Fisiopatologia dos sistemas neurológico, sensorial, linfático, cardiovascular, ósseo, articular, genito-urinário, respiratório, digestório.
- Assistência de enfermagem a pacientes em estado crítico, na UTI geral ou neonatal, unidade coronariana, diálise, de queimados, e outras.
- Normas técnicas sobre o funcionamento dos equipamentos e materiais específicos.
- Farmacologia dos medicamentos específicos de tratamento intensivos.
- Comunicação e relação interpessoal.
- Organização, estrutura e funcionamento de unidades de terapia intensiva.

## **Área IV - Conhecendo o processo de trabalho em saúde/enfermagem**

### **Competências**

- Participar da organização do processo de produção dos serviços de saúde e, em particular, da organização, execução e avaliação da produção dos serviços de enfermagem, aplicando princípios éticos que balizam a conduta profissional.
- Conhecer os processos negociais e trabalhistas.

## **Habilidades**

- Participar no planejamento e organização da assistência de enfermagem.
- Executar o plano de cuidados de enfermagem, em conjunto com a equipe.
- Realizar o registro das observações e práticas que constituem a assistência de enfermagem.
- Empregar princípios da qualidade na prestação de serviços de enfermagem.
- Ajudar a estabelecer parâmetros para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem.
- Interagir com a equipe de trabalho em prol da organização e eficácia/eficiência dos serviços de saúde.
- Participar de negociações coletivas trabalhistas.
- Utilizar os softwares aplicados em enfermagem.

## **Bases tecnológicas**

- Formas de trabalho: emprego formal, cooperativas, cuidado domiciliar, contrato temporário, trabalho autônomo, jornada de trabalho.
- Processo de trabalho em enfermagem: divisão técnica e social do trabalho, planejamento da assistência.
- Leis trabalhistas, contratos e organizações de trabalho.
- Parâmetros para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem.
- Informática aplicada à enfermagem.
- Organização, estrutura e funcionamento da Enfermagem dentro das instituições de Saúde.

## 5. INTEGRALIDADE X FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Os participantes da pesquisa se constituíram em 40 técnicos de enfermagem que se formaram pela ETIS no período de 2001 a 2007, sendo trabalhadores concursados da rede federal e lotados no HSE como auxiliares de enfermagem, e que assim permanecem, mesmo após a qualificação de técnico de enfermagem, em razão de que no Ministério da Saúde não há o provimento para esta categoria e tampouco progressão em um plano de carreira. Do conjunto de participantes tem-se a representação de 31 mulheres e 09 homens, o que é bem característico da força de trabalho em enfermagem, que se constitui em uma profissão, majoritariamente, feminina.

A metodologia deste estudo se fundamentou numa 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” (Minayo<sup>14</sup>, p.316). Assim, a partir de uma leitura flutuante das respostas obtidas, nos aproximamos da essência de seu conteúdo, buscando retratar o universo estudado em sua totalidade. Os questionários foram elaborados considerando os objetivos propostos e questões norteadoras relacionados ao foco da integralidade no cotidiano do trabalho em saúde e na formação do técnico de enfermagem.

Considerando os objetivos que visavam perceber a concepção de integralidade entre os profissionais de nível técnico em enfermagem, bem como as ações de integralidade, por eles desenvolvida, em seu processo de trabalho, a análise das respostas obtidas contemplou dois grandes conjuntos que denominamos: “**O sentido de integralidade**” e “**O exercício da integralidade na prática profissional**”.

No enfoque do terceiro objetivo que buscou evidenciar a apreensão sobre integralidade decorrente da formação dos técnicos em enfermagem egressos da ETIS, elencamos o conjunto “**O processo de ensino/aprendizagem sobre integralidade**”. A partir daí, procedemos à exploração deste material com vistas a encontrar unidades temáticas que compusessem a agregação dos dados e possibilitassem um tratamento analítico dos mesmos.

## 5.1- INTERPRETANDO E ANALISANDO O SENTIDO E O EXERCÍCIO DA INTEGRALIDADE NA PRÁTICA PROFISSIONAL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Considerando que o termo integralidade, por si só, não se traduz facilmente em palavras, conceituá-lo é ainda mais complexo, ou ainda, “é uma palavra que nem pode ser chamada de conceito” (Camargo Jr<sup>3</sup>, p.38). Assim, buscou-se verificar junto aos técnicos de enfermagem qual a sua compreensão do termo integralidade na área de saúde.

Pudemos perceber, em vários sujeitos, certa dificuldade em responder de imediato esta significação, ainda assim, 39 participantes descreveram esse significado correlacionando-o com as atividades que desenvolvem durante o seu exercício profissional na área da saúde, no enfoque da assistência prestada ao paciente<sup>(i)</sup>, seja individualmente, executando um cuidado de atenção ao indivíduo, seja coletivamente, integrando uma equipe de saúde. A frequência de sentidos e ações de integralidade, observadas nas respostas dos sujeitos pesquisados, contribuiu para definir três unidades temáticas às quais relacionam a integralidade com a atenção às necessidades do paciente, ao trabalho em equipe e a prestação do cuidado, que serão analisadas nos próximos tópicos.

Destacamos uma singularidade na resposta de um técnico de enfermagem, sobre sua compreensão de integralidade, assim registrando:

*“Para mim, é um termo novo, imagino que tenha alguma relação com integração e/ou convivência.” (TE<sub>20</sub>)*

Este registro nos reporta para “a natureza polissêmica, com diferentes sentidos e usos”<sup>6</sup> do termo integralidade. O respondente estabelece uma correlação do termo com integração e convivência, o que não caracteriza uma impropriedade, se o sentido desta integração está relacionado a uma melhor qualidade de assistência a ser ofertada, mediada pela relação usuário/profissional de saúde/serviço, o que a análise nos indica que sim, considerando outro registro deste mesmo

---

<sup>(i)</sup> Optou-se neste estudo por referenciar o sujeito que recebe a atenção a saúde como ‘paciente’, por ser a expressão mais utilizada pelos técnicos de enfermagem pesquisados.

técnico de enfermagem quando exemplifica uma ação de integralidade por ele realizada:

*“Prestar atenção e orientações aos pacientes com relação a direitos que eles desconhecem de acordo com as suas necessidades.” (TE<sub>20</sub>)*

### **5.1.1- AS NECESSIDADES DE SAÚDE DO PACIENTE – HORIZONTE DE INTEGRALIDADE**

Na significação que os depoentes apresentam para a integralidade observa-se uma freqüência no tocante à questão do atendimento às necessidades de saúde dos indivíduos, principalmente dos indivíduos hospitalizados, considerando o lócus de atuação destes profissionais. Podemos citar como exemplos:

*“Atender o paciente como um todo tentando suprir suas necessidades em todos os níveis de atenção à saúde”. (TE<sub>2</sub>)*

*“Conjunto de soluções que procura resolver e atender o cliente em todas as suas necessidades”. (TE<sub>3</sub>)*

*“É atender o paciente em todas as suas necessidades.” (TE<sub>8</sub>)*

*“Perceber todas as necessidades do paciente para poder interferir quando necessário”. (TE<sub>12</sub>)*

*“É o atendimento integral procurando atender as necessidades básicas, secundárias e terciárias do indivíduo em sua totalidade”. (TE<sub>16</sub>)*

O olhar para as necessidades do paciente é uma ação que o técnico de enfermagem desenvolve continuamente no seu exercício profissional, por ser o integrante da equipe de saúde que está presente na instituição

no período de vinte e quatro horas com a responsabilidade da atenção junto paciente.

As necessidades de saúde se afiguram como um conceito estruturante na luta pela integralidade em função da “potencialidade que têm de ajudar os trabalhadores/equipes/serviços/redes de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam ‘cuidados em saúde’, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas” (Cecílio<sup>1</sup>, p.115).

Para que os trabalhadores de saúde possam, de fato, no seu cotidiano, atender as necessidades de saúde, faz-se necessário que estes apreendam uma conceituação das mesmas que favoreça sua implementação. No enfrentamento deste desafio, foi desenvolvido um estudo teórico sobre a taxonomia das necessidades de saúde<sup>1</sup>, sistematizado em quatro grandes conjuntos, assim discriminados: (1) Compreensão de todos os determinantes que interferem no processo saúde/doença que considerem fatores ambientais ou externos, o modo de viver da humanidade e seu processo de produção, como também a questão cultural da compreensão sobre o modo de adoecer e morrer; (2) Possibilidade e acesso a toda tecnologia de saúde para prolongamento da vida; (3) Criação de vínculos entre usuários e profissionais de saúde e, (4) Consideração à autonomia do indivíduo no seu modo de levar a vida, enfatizando que informação e educação em saúde são elementos fundamentais a serem garantidos por constituírem uma parte do processo de construção desta autonomia.

Pela característica do cotidiano do exercício profissional do técnico de enfermagem, entendemos que o terceiro conjunto referido como “a criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional, significando um encontro de subjetividades pelo estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal, calorosa e intransferível”<sup>1</sup>, é bem marcante na prática do mesmo, e sintetiza a fundamental importância dos vínculos que se estabelecem na relação usuário/técnico de enfermagem, na perspectiva da atenção às necessidades de saúde e do comprometimento deste profissional com o seu exercício na área de saúde, haja vista o grande número de respostas

dos sujeitos pesquisados que enfocam o atendimento das necessidades de saúde.

Contudo, esta criação de vínculos na atenção pode ser prejudicada, se a gestão dos serviços e o próprio processo de trabalho em saúde contribuir para um desgaste das relações e condições de trabalho pela deficiência de recursos tecnológicos e humanos, como pode ser percebido no relato de um participante sobre sua compreensão de integralidade:

*“Atender a todas as necessidades do paciente, mas na prática tem que escolher o que atender em função do grande número de pacientes e reduzido número de funcionários”.* (TE<sub>21</sub>)

Entendemos que esta compreensão traduz um conflito, relatado pelo profissional, gerando ações de não-integralidade. Esta observação nos faz concordar com Cecílio<sup>1</sup> quando este autor afirma que a luta pela integralidade implica em repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.

Os respondentes, em sua maioria, correlacionam o enfoque da integralidade com a atenção voltada para a totalidade do indivíduo. Aqui, nos reportamos a Mattos<sup>6</sup> que teorizou sobre um primeiro conjunto de sentidos de integralidade dirigido as práticas dos profissionais de saúde, ou seja, como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram, defendendo que estes profissionais se apropriem do princípio de integralidade como um valor a ser sustentado em suas práticas, significando desenvolver uma visão abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos, que permita enxergar o paciente como um todo, não reduzindo estas necessidades à prevenção e controle de doenças. Assim, destacamos dois depoimentos que ratificam esse conjunto de sentidos:

*“Compreendo integralidade no que diz respeito à atuação profissional em atendimento ao cliente com um olhar além da patologia apresentada.”* (TE<sub>9</sub>)



*“Integralidade é o cuidado com as pessoas tendo como objetivo resgatar a condição do cliente enquanto pessoa em todo o seu corpo, mente, emoções, história pessoal e social”. (TE<sub>7</sub>)*

Resgatar a condição do cliente enquanto pessoa com direito a uma oferta de atenção e cuidado que considere todas as suas necessidades de saúde, implica em perceber a “infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las” (Cecílio<sup>1</sup>, p.127). Para os profissionais de saúde a compreensão destas necessidades implica em um olhar abrangente do ser humano e seu contexto histórico-social na compreensão de que

(...) necessidades de saúde são necessidades individuais e humanas, mas concretamente consideradas, são também necessidades distorcidas e ocultadas, não reconhecidas, justas e injustas, porque o são assim em uma sociedade historicamente dada (Stotz apud Cecílio<sup>1</sup>).

Ao fazer a correlação de integralidade com o atendimento das necessidades de saúde direcionada à totalidade do indivíduo, os sujeitos investigados também encaminham o olhar para a atuação da equipe de saúde para o alcance de integralidade.

### **5.1.2 - O TRABALHO EM EQUIPE EM PROL DO PACIENTE**

Esta unidade temática surge da significação de integralidade para os técnicos de enfermagem em várias respostas que trazem esta idéia-chave, assim representada:

*“É o trabalho em equipe voltado para o bem-estar do paciente.” (TE<sub>11</sub>)*

*“Uma equipe de saúde unida em função de um melhor atendimento ao paciente.” (TE<sub>21</sub>)*

*“O trabalho em equipe, ou seja, multidisciplinar em prol da saúde do cliente.” (TE<sub>38</sub>)*

*“É a boa convivência com a equipe, mantendo a ética profissional e realizando cuidados e medicações com responsabilidade”. (TE<sub>40</sub>)*

Com este enfoque de integralidade relacionado ao trabalho em equipe, os respondentes demarcam um sentido, já teoricamente desenvolvido, de que a integralidade está além de ser entendida apenas como uma postura/atitude dos profissionais em caráter individualista<sup>6</sup>. O autor defende que a mesma só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho.

Observamos que outros respondentes destacaram, com relação ao trabalho em equipe, a necessidade de **‘maior integração entre os profissionais’, ‘interação entre equipe e paciente’, ‘humanização entre a equipe’** e que **‘o profissional de saúde deve unir o conhecimento técnico e o conhecimento do humano’**<sup>(j)</sup>. Estes destaques nos levam a refletir e tecer algumas considerações teóricas sobre o trabalho em equipe propriamente dito.

Aqui, nos reportaremos aos estudos que apresentam o “trabalho em equipe como um trabalho dinâmico e com uma plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais” (Peduzzi<sup>21</sup> p.161). Esta autora defende que a integralidade é a principal justificativa e motivação para a proposta de trabalho em equipe em substituição ao trabalho individualizado por profissional, em função da contraposição que se estabelece pelas práticas de saúde norteadas por ações de integralidade e de interdisciplinaridade pautadas nas necessidades de saúde dos usuários às práticas de saúde norteadas pelo modelo biomédico em que a assistência se fundamenta na medicalização da saúde e na mercantilização dos serviços.

---

<sup>(j)</sup> Grifo nosso por representar trechos de falas dos sujeitos pesquisados.

A utilização dos referenciais taylorista/fordista visando à racionalização do processo de trabalho produziu impacto na formação profissional fortalecendo a divisão técnica e social do trabalho em saúde desencadeando o compartilhamento de valores, na cultura institucional, voltados para a fragmentação do trabalho com ênfase nas especializações e relações hierárquicas do trabalho. Neste enfoque, acrescenta-se a questão da “separação entre a concepção e a execução que contribuem, no todo, para a desmotivação e alienação do trabalhador”<sup>2</sup>.

Ratificando esta visão de fragmentação verificamos que

(...) o trabalho em saúde é tradicionalmente organizado de maneira extremamente fragmentada e verticalizada, e conduzida sob a hegemonia do saber biomédico, tomado, na modernidade, como saber legítimo e verdadeiro sobre o corpo. Essa fragmentação tem tido impacto sobre as relações (profissionais-profissionais, profissionais-usuários e destes com gestores de serviços), dificultando o agir em equipe e o lidar com as singularidades dos sujeitos na atenção e no cuidado (Barros e Pinheiro<sup>22</sup>, p. 124).

Considerando-se os registros dos respondentes que enfatizam a necessidade de maior integração entre os profissionais compreende-se que

(...) para a equipe de saúde alcançar algum grau de integração, é preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido de articulação das ações. As ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes (Peduzzi<sup>21</sup>, p.163)

Em outras palavras, a integralidade da atenção a saúde não se garante pelo fato dos trabalhadores compartilharem uma mesma situação de trabalho, pois isto não os constitui em uma equipe integrada, e nem pelo estabelecimento de relações pessoais cordiais, pois isto não representa a integração dos seus respectivos trabalhos.

Em práticas de saúde nas quais se destacam valores de fragmentação, hierarquização, individualização das ações e paroxismo

instrumental, a equipe de saúde predominante é representativa de meros agrupamentos profissionais, e nas práticas de saúde em que se observa uma recomposição e integração das inúmeras intervenções técnicas executadas e a busca do entendimento e reconhecimento mútuo dos sujeitos envolvidos, a equipe predominante se caracteriza como equipe integração <sup>21</sup>.

Assim, nos apropriamos do seguinte conceito

(...) o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (Peduzzi <sup>23</sup>, p.108)

Com base nestes pressupostos teóricos, entendemos que os técnicos de enfermagem compreendem a complexidade das necessidades de saúde e a limitação de um trabalho individual e fragmentado no cuidado à saúde para responder às mesmas com uma atenção de qualidade em prol do paciente, contudo, ainda são muito fortes os efeitos da racionalização do processo de trabalho, com a conseqüente divisão técnica e social do trabalho, no que tange o nível médio em saúde.

Os sujeitos pesquisados ao se reportarem às **ações de integralidade** que realizam e/ou vivenciam na sua prática profissional hospitalar também contribuem para reforçar o trabalho em equipe como unidade temática observado nas seguintes descrições:

*“Exercer o cuidado com o apoio dos demais membros da equipe de saúde, como o psicólogo e assistente social, frente às demandas que o paciente apresenta.”*  
(TE<sub>3</sub>);

*“Tentando resolver seus problemas, muitas vezes tendo que encaminhá-lo a outros profissionais, como o psicólogo, assistente social.”* (TE<sub>2</sub>);

*“Ouvir o cliente em suas dúvidas e encaminhá-lo para a chefia imediata do setor.” (TE<sub>9</sub>).*

Estes registros configuram mais uma vez a necessidade de um trabalho em saúde desenvolvido por uma equipe-integração e o quanto os técnicos de enfermagem valorizam os demais profissionais em sua área de conhecimento. Interessante observar o destaque para a requisição da presença do profissional psicólogo e assistente social para o atendimento de necessidades de saúde do paciente que não são alcançadas pela ação de cuidado dos técnicos de enfermagem. Considerando, especificamente, a instituição hospitalar em que estes técnicos atuam, os dados constantes na Planilha RH de 19/08/2009 representam que para um total de 445 leitos contava-se com 18 profissionais psicólogos e 35 assistentes sociais, o que configura uma dificuldade e disponibilidade destes junto ao usuário e à equipe de saúde.

Outro destaque diz respeito à valorização da integração/interação entre a equipe que permita uma troca de saberes que contribua para melhor comunicação com o paciente e atender a sua necessidade e direito de informação:

*“Exemplo de ação de integralidade é informar aos pacientes, da forma mais clara, sobre tudo que estiver relacionado ao seu tratamento. E também da integração dos profissionais, de modo que possamos ficar esclarecidos e termos subsídios para informação.” (TE<sub>15</sub>)*

Outro registro chama a atenção por focar o trabalho de equipe frente às necessidades de saúde e o olhar hegemônico do modelo biomédico centrado na doença e sua respectiva cura:

*“Um exemplo de ação de integralidade é conhecer o paciente e suas necessidades e apresentar isto para a equipe. Mas, algumas vezes, nada se faz, principalmente se a equipe médica entende que o paciente não tem possibilidades terapêuticas para cura, ficando somente aos cuidados da equipe de enfermagem.” (TE<sub>21</sub>)*

Entendemos este registro como uma afirmação de uma situação de não-integralidade na qual se observam ações fragmentadas que contribuem para que o trabalho em saúde não alcance sua verdadeira finalidade, a qual seja, “cuidar do usuário, portador efetivo das necessidades de saúde (Merhy e Franco <sup>24</sup> p. 281).

### 5.1.3 – O CUIDADO INTEGRAL

Esta unidade temática se configura em mais um dos sentidos observados nas respostas dos técnicos de enfermagem na busca de sua compreensão do que representa a integralidade. Algumas falas estão assim descritas:

*“Prestar cuidados gerais e exclusivos ao cliente.” (TE<sub>1</sub>);*

*“É uma forma de cuidar do paciente de forma integral, ou seja, assistência de cuidados”. (TE<sub>14</sub>);*

*“É o cuidar sem preconceito, é ver o paciente como um todo, é o resgate da condição do paciente quanto ao seu lado emocional, mental e social.” (TE<sub>23</sub>)*

O destaque dado pelos sujeitos pesquisados ao tema cuidado, não causa surpresa, tendo em vista que a enfermagem tem este elemento como núcleo estruturante para a constituição do perfil dos profissionais que a integram e que está contemplado em todo o processo ensino-aprendizagem para a formação dos mesmos. Este elemento, **cuidado**, é destacado, inclusive, ao se conceituar a profissão:

A enfermagem é uma ciência humana, de pessoas e de experiências, voltada ao **cuidado** de seres humanos, cujo campo de conhecimento, fundamentações e práticas abrange desde o estado de saúde até os estados de doença e é mediado por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas” (Lima<sup>25</sup>, p.27).

O **cuidado** representa para a enfermagem algo que lhe garante identidade profissional, assumindo um aspecto estrutural no seu processo de trabalho:

Não é por acaso que essa prática tem sido apropriada pela enfermagem como de sua exclusividade, algo que de certa forma a caracterizaria, definindo a diferença em relação à prática de outros profissionais (Henriques e Acioli<sup>26</sup> p.296).

As referencias acima visam contextualizar, historicamente, a relação da enfermagem com a prática do cuidado, sem a defesa de qualquer tipo de corporativismo, até porque concordamos com os autores que afirmam

“... não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde [...] há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores, independente de sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado...” (Merhy e Franco<sup>24</sup>, p.281)

E ainda,

A integralidade do cuidado, portanto, é um princípio que não atende apenas a uma dada profissão ou que permeia a discussão e o fazer de determinados segmentos. Ela articula os processos de trabalho e formação de todos os trabalhadores de saúde (Henriques e Acioli<sup>26</sup>, p.300).

Nos relatos dos técnicos de enfermagem que evidenciam as ações de integralidade por eles desenvolvidas, percebe-se uma frequência para a prática do cuidar de natureza técnica-assistencial, do tipo:

*“É desenvolver o cuidado com dedicação total e exclusiva, como no caso de um paciente que é renal crônico, diabético, cego e com fratura de colo de fêmur”.*  
(TE<sub>1</sub>)

*“É dar toda a assistência em pós-operatório, orientar banho, ensinar sobre uso de bolsa de colostomia”.* (TE<sub>8</sub>)

*“Desenvolver cuidados integrais ou gerais (banho no leito, aferir sinais vitais, puncionar veia, administrar medicamentos).” (TE<sub>16</sub>);*

*“Atender as solicitações do cliente, executar as atividades assistenciais administrar as medicações conforme prescrições, fazer o preparo para exames, atender as intercorrências”.*  
(TE<sub>30</sub>);

Entende-se o foco dirigido pelos técnicos de enfermagem ao cuidado integral em saúde no tocante ao desenvolvimento de ações técnicas e específicas, pois as mesmas permeiam o trabalho desenvolvido em um espaço singular de um serviço de saúde de média/alta complexidade enquanto lócus de trabalho destes profissionais. Contudo, há que se destacar que as demandas apresentadas pelos usuários referentes à administração de medicamentos, realização de exames, apoio quanto a sua higiene, não garantem, integralmente, que todas as necessidades de saúde deste usuário tenham sido contempladas.

Os registros dos depoentes evidenciam que a implementação do cuidado na prática do profissional de enfermagem tem “... privilegiado o estabelecimento de procedimentos técnicos, criando rituais cada vez mais complexos, em detrimento da valorização do sujeito na construção de um cuidado integral” (Henriques e Acioli <sup>26</sup>, p. 297)

No espaço de uma instituição hospitalar, o cuidado é necessariamente multidisciplinar, contudo percebe-se que “mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias em saúde, para que o cuidado aconteça” (Cecílio e Merhy<sup>10</sup>, p.200).

Esta análise não objetiva desqualificar as ações de cuidado que o técnico de enfermagem desenvolve e caracteriza como exemplos de integralidade, mas ela ratifica que “o cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas em saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o



acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõe os elementos inerentes à sua constituição” (Pinheiro<sup>27</sup>, p. 113).

Outros respondentes compreendem e exemplificam integralidade na medida em que se garante ao indivíduo hospitalizado o acesso às informações que o mesmo solicita, dando destaque a um papel exercido pelo técnico de enfermagem de orientador frente a situações que serão vivenciados pelo paciente no serviço de saúde, tais como:

*“Orientar ao cliente quanto aos procedimentos a serem realizados.”*  
(TE<sub>17</sub>);

*“Dar informações corretas aos pacientes sobre como deve fazer os exames.”* (TE<sub>5</sub>)

*“Um exemplo de integralidade é informar aos pacientes da forma mais clara possível sobre os exames a serem realizados.”* (TE<sub>15</sub>)

Correlacionando estes depoimentos com a taxonomia das necessidades de saúde<sup>1</sup> destaca-se a questão da autonomia do indivíduo, e a ênfase de que **informação** e **educação em saúde** são elementos fundamentais na construção desta autonomia. Deste modo, os depoimentos traduzem a integralidade no respeito ao cliente, considerando o atendimento de sua necessidade de comunicação e informação no processo terapêutico.

A análise dos depoimentos evidencia que o cuidado enquanto sentido e aplicação de integralidade para os técnicos de enfermagem contemplam aspectos na relação profissional/paciente em que se considera que os sentimentos e/ou emoções precisam ser ouvidos de modo a favorecer o estabelecimento de uma interação terapêutica, o que nos leva a considerar a prática dos respondentes no âmbito da humanização da assistência, concordando com a representação de humanização como um “movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações” (Minayo<sup>28</sup>, p.26), observado nos relatos a seguir:

*“Não ter preconceito com a história de vida dos pacientes, pois o preconceito*

*interfere com a adesão ao tratamento.”*  
(TE<sub>12</sub>);

*“Atuo além da punção venosa e administração do medicamento porque na... (setor) o paciente apresenta várias emoções que interferem com o tratamento, assim procuro conversar, brincar, dar exemplos de superação para conseguir realizar a ação de enfermagem necessária.”* (TE<sub>22</sub>);

*“Procuro sempre fazer com que o paciente consiga trazer de volta a auto-estima, dando atenção, tranquilidade, apoio, compreensão, sabendo que uma palavra dita com sabedoria faz com que a pessoa tenha uma boa recuperação.”*  
(TE<sub>23</sub>);

*“Procuro realizar o meu trabalho com paciência, responsabilidade e humanização.”* (TE<sub>40</sub>)

Os depoimentos acima vislumbram um respeito ao paciente pelo técnico de enfermagem no comprometimento deste com o tratamento/recuperação/cura daquele que necessita do cuidado em saúde/enfermagem, buscando no desenvolvimento da interação considerar sua história de vida e os aspectos emocionais de modo a motivar o paciente a responder positivamente ao processo terapêutico.

O cuidado humanizado para estes depoentes se caracteriza como um princípio que proporcionará o êxito das ações de enfermagem a serem empreendidas junto ao paciente, porém, há que se destacar que a resposta positiva esperada envolve a complexidade das necessidades de saúde relacionadas ao indivíduo, como ele as compreende e como as mesmas são identificadas pelos profissionais e serviços de saúde:

A noção de cuidado, na proporção de sua preocupação com a promoção do bem-estar, para além da correção de distúrbios, pode carrear, para a assistência, as mais legítimas aspirações por saúde de indivíduos e populações. Na qualidade de portador de um problema a ser resolvido, qualquer indivíduo é, de fato, objeto de técnicos da saúde, e deve ser mesmo. Porém, como aspirante ao bem-estar, ninguém pode subtrair a esse mesmo indivíduo o poder de juízo sobre suas necessidades (Ayres<sup>29</sup>, p. 117-118).

Os registros demarcam um encontro entre o profissional de saúde e o paciente ressaltando aspectos de intersubjetividade, cumplicidade e responsabilização diante do problema de saúde apresentado e a ação de cuidado por ele demandada. Neste encontro, fica claro que esse “profissional também sofre, se esforça e investe na relação para que haja mudança: a melhoria da qualidade de vida do usuário” (Abrahão e Cassal<sup>30</sup>, p. 257).

A atuação do técnico de enfermagem neste território de encontro relacional implica em que o mesmo se aproprie do recurso das chamadas ‘tecnologias leves’ que significam saberes não estruturados sobre a forma de cuidar e de se relacionar com os demais sujeitos sejam pacientes e demais profissionais de saúde “que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações...” (Merhy<sup>31</sup>, p.98) e é no estabelecimento desta relação sujeito-sujeito nas práticas profissionais, em que se afirme uma abertura para o diálogo, que a integralidade se realiza <sup>6</sup>.

Em outros depoimentos observou-se, ainda que em uma frequência reduzida, o sentido e as ações de integralidade dirigidas para o componente ético da prática profissional em saúde, referindo integralidade como:

*“É o comprometimento com a prática em saúde”*. (TE<sub>18</sub>);

*“São atitudes de uma pessoa ética”*. (TE<sub>32</sub>).

Contudo, a análise empreendida nas demais respostas levou a categorização de necessidades de saúde, trabalho em equipe e cuidado integral como horizontes normativos de integralidade, e estes horizontes não estão à margem da abordagem ética na relação profissional-usuário-serviço, e na relação profissional-profissional, deste modo compartilhamos com a idéia de que

A integração de uma ética de trabalho de equipe, que fomenta a cooperação entre os profissionais e reconhece a singularidade dos sujeitos, com princípios e valores compartilhados por profissionais e usuários, é o que pode permitir que o cotidiano dos serviços se

destaque como um território de luta para a concretização dos princípios que regem o SUS, transformando conflitos e descontinuidades em positividade (Barros e Pinheiro<sup>22</sup>, p. 125).

Considerar integralidade na prática dos profissionais de saúde significa

(...) não reduzir o paciente a uma lesão ou doença, respeitá-lo como sujeito, portador de desejos, de aspirações, de sonhos, colocar-se na posição do outro, abrir-se para o diálogo (Mattos<sup>32</sup>, p.129).

O autor complementa que “lutar pela integralidade tem, portanto, implicações éticas e políticas” e desenvolve uma defesa teórica e prática em prol de uma ética alternativa que se contraponha à ética normativa e corporativista, considerando em síntese:

Nela, nós, profissionais de saúde, deveríamos buscar no imperativo moral de defesa da vida, e dos ideais de uma vida mais bela e mais feliz, o sentido para nossas práticas profissionais. Nela, nosso conhecimento é verdadeiro, na medida em que permite produzir o alívio do sofrimento, permite evitar um sofrimento possível, permite alargar os modos de andar a vida estreitados pela doença “...” ampliação do ‘nós’, deslocando-se de categorias profissionais em direção ao nós chamado equipe. E, deslocando-se de um nós chamado equipe para um nós que inclua os outros não-profissionais (usuários, pacientes, sujeitos, cidadãos, ou como se queira chamá-los) (Mattos<sup>32</sup>, p.140).

## **5.2 – INTERPRETANDO E ANALISANDO O PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZAGEM SOBRE INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Com o objetivo de captar a apreensão sobre o tema da integralidade dos sujeitos pesquisados durante a sua formação, foi solicitado aos mesmos que explicitassem o que lhes foi ensinado sobre atenção integral em saúde.

Observou-se uma freqüência considerável de respostas que caracterizaram um aprendizado que evidencia a atenção a saúde como um direito de cidadania para a obtenção de qualidade de vida.

*“Procurar atender o paciente em todos os níveis de assistência.” (TE<sub>3</sub>);*

*“É o agir voltado para a promoção da saúde, porque saúde é um direito de todos.” (TE<sub>6</sub>);*

*“Que a partir do princípio de integralidade todos os profissionais que trabalham com o ser humano devem aprimorar sua visão seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços dando importância a qualidade de vida.” (TE<sub>7</sub>)*

Estes registros evidenciam também a promoção da saúde cujo termo está associado a “um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria” (Buss<sup>33</sup>, p.165).

Os depoentes enfatizam que o processo ensino/aprendizagem desenvolvido lhes possibilitou ampliar a visão para as necessidades de saúde do paciente no enfoque da atenção a saúde:

*“Aprendi a enxergar o paciente no seu aspecto físico e mental e tentar solucionar os problemas que lhe incomodam.” (TE<sub>2</sub>);*

*“Foi ensinado a perceber as necessidades do paciente. As dinâmicas de aprendizagem me favoreceram a aplicar essa percepção no meu setor.” (TE<sub>12</sub>);*

*“Que olhássemos não só a doença do paciente e sim também a parte social para que pudéssemos detectar as suas necessidades básicas no sentido de podermos melhorar as suas condições para viver melhor.” (TE<sub>25</sub>)*

Percebe-se pelos relatos que os egressos do curso técnico de enfermagem da ETIS trazem no bojo de seu aprendizado a compreensão de atenção na complexidade e extensão da concepção ampliada de saúde como resultante do modo de viver das populações e do acesso às

condições que favoreçam uma qualidade de vida, ressaltando uma atenção que considere as necessidades de saúde do indivíduo.

Outros entrevistados, também representando uma significativa frequência de respostas, sinalizam o aprendizado de atenção a saúde no enfoque da prestação de cuidado:

*“Foi ensinado que o cliente merece cuidado total do profissional de saúde que cuida do mesmo.” (TE<sub>1</sub>)*

*“É desenvolver ações de cuidado que visem prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, com valorização da universalidade e igualdade da assistência para todos.” (TE<sub>35</sub>)*

*“Centrado na atuação do cuidar fundamentado no saber fazer e sentir dirigido ao atendimento das necessidades de saúde do paciente nas diferentes fases do ciclo vital, comprometido com a promoção e proteção da saúde.” (TE<sub>36</sub>)*

A atenção à saúde “designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS” (Matta e Morosini<sup>34</sup> p.39).

Estabelecendo um paralelo entre este conceito e os registros, analisamos que o processo ensino-aprendizagem no âmbito da atenção integral a saúde tem enfatizado, principalmente, a prática cuidadora do técnico de enfermagem, porque a maioria das falas não traduz uma visão crítica sobre a necessidade de uma gestão de serviço de saúde, no âmbito hospitalar, voltado a uma prática de atenção integral em uma perspectiva múltipla e interdisciplinar de modo a destacar a importância da interação e protagonismo dos sujeitos trabalhadores e usuários na produção das ações de saúde.

## 6. PROPOSIÇÕES PARA A FORMAÇÃO E PRÁTICA DE INTEGRALIDADE DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Considerando o quarto e último objetivo proposto para o estudo que diz respeito a elencar estratégias de ressignificação do princípio da integralidade na formação e prática dos técnicos de enfermagem, partimos da escolha pedagógica de apoiar-nos na fala dos sujeitos pesquisados, intencionando uma construção de possibilidades de intervenção no âmbito da formação, a partir das necessidades referidas pelos mesmos, visando contribuir para que o sentido, construção e aplicação de integralidade para os profissionais de nível técnico em enfermagem, no contexto do processo de trabalho em saúde, subsidiem uma prática transformadora em prol de uma atenção integral de saúde.

Os depoentes apresentaram sugestões que analisadas pela frequência e semelhança de significados vieram a se constituir em uma temática que deve ser considerada na formação objetivando uma prática de integralidade, e que se coaduna com a necessidade de promoção de processos de capacitação e/ou requalificação que favoreçam o enfoque da **humanização da assistência e o trabalho em equipe multiprofissional**.

Já registramos em capítulo anterior que os técnicos de enfermagem se reportam a humanização no contexto da prática do cuidado. Em contribuição para a revisão da formação, eles assinalam enfaticamente:

*“A integralidade para acontecer depende da humanização dos profissionais e de toda a estrutura hospitalar.” (TE<sub>2</sub>);*

*“Investir em capacitação e requalificação para a humanização dos profissionais e o trabalho multiprofissional.” (TE<sub>3</sub>);*

*“Aprender a ouvir e desenvolver a sensibilidade para agir com humanização.” (TE<sub>12</sub>)*

*“Acho que hoje se dá muito valor para os equipamentos hospitalares e estão*

*esquecendo a humanização dos serviços hospitalares. A qualidade do contato humano é um dos pontos críticos do sistema hospitalar.” (TE<sub>16</sub>)*

Em síntese, os técnicos de enfermagem pontuam que a formação deve enfatizar aspectos práticos relacionados à humanização e o trabalho multiprofissional que signifique a representação de integralidade nas ações de saúde.

Isso significa que a formação deve oportunizar elementos que os subsidiem no exercício da prática coletiva de saúde a **desenvolver uma escuta sensível às necessidades de saúde do paciente e poder discutí-las com os profissionais e com os serviços, a garantir um tratamento/cuidado humanizado que vá além da utilização apenas de equipamentos tecnológicos, a respeitar o paciente na qualidade de pessoa que é e não, apenas, como mais um caso clínico**<sup>(k)</sup>.

Estas considerações representam um desafio para a ETIS porque apontam para a necessidade do estabelecimento de uma parceria escola/serviço no sentido de aprimorar a formação dos técnicos de enfermagem no contexto da realidade dos serviços de saúde, tendo a integralidade como instituinte da formação e do processo de trabalho em saúde.

Algumas estratégias poderiam ser assim representadas:

A – Em nível da articulação formação/processo de trabalho local:

➤ Articulação escola/serviço de modo a garantir a participação de alunos em reuniões da equipe de trabalho no momento em que se discutam questões que possam interferir com a integralidade do cuidado, apoiando as demandas de intervenção, coletivamente construídas, frente aos problemas levantados que considerarem a necessidade de implementação de ações educativas;

➤ A Escola constituir, juntamente com o Serviço de Educação Continuada e Gestores da instituição, um núcleo de estudos e pesquisa sobre a prática da integralidade no cotidiano dos serviços.

---

<sup>(k)</sup> Grifo nosso por representar trechos de falas dos sujeitos pesquisados.



➤ Apresentar o resultado deste estudo para a Direção Geral do Hospital, Divisão de Enfermagem e Divisão de Recursos Humanos, objetivando integrar a gestão do trabalho com a educação na saúde, e buscar alternativas que assegurem o princípio de integralidade no cotidiano do processo de trabalho desta unidade hospitalar, e valorizando o olhar e lugar do profissional de nível médio nesta construção.

B – Em nível do desenvolvimento do processo de formação da ETIS:

➤ Promover junto a todo o corpo docente, discente e administrativo da ETIS uma oficina sobre integralidade na formação em saúde de modo a produzir elementos que possam aprimorar o PPP e o currículo das turmas de Educação Profissional.

C – Em nível macro da educação profissional de nível médio em enfermagem:

➤ Em decorrência de nossa participação junto à Associação Brasileira de Enfermagem, as reflexões oportunizadas por esta pesquisa foram discutidas em reunião promovida pela Diretoria de Educação da ABEn/RJ, juntamente com alguns representantes de escolas de nível médio em enfermagem do RJ, em atendimento a uma convocação de pauta para constituição de um fórum de escolas de nível médio em enfermagem que discuta, coletivamente e em caráter de educação permanente, todas as questões que envolvem a formação deste segmento e sua articulação com o Processo de Trabalho. Desta forma, o grupo presente apoiou a apresentação da pesquisa como um dos temas de abertura do referido evento, com proposta de ser realizado ainda no mês de Dezembro de 2009.

Estas ações possibilitariam aos alunos refletir integralidade no contexto da formação integrada ao serviço. Fortaleceria a relação entre escola e serviço, já que a mesma estaria contribuindo para a discussão e encaminhamentos coletivos para a resolução de problemas concretos da realidade dos profissionais de saúde, ampliando sua ação de qualificação

formal e se constituindo como elemento integrante de um espaço de educação permanente.

E, com a participação da ABEn/RJ, visamos contemplar e ampliar a discussão no campo da Educação Profissional de nível médio para todos os atores sociais que vivenciam a formação destes trabalhadores, contribuindo para o alcance de integralidade, enquanto práxis da atenção à saúde.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou identificar a representação do princípio de integralidade no cotidiano da prática do técnico de enfermagem. A análise foi realizada a partir das considerações destes trabalhadores lotados em uma unidade hospitalar da rede SUS e egressos de uma escola técnica do SUS.

O referencial teórico sobre o tema nos encaminha, inicialmente, para a definição de integralidade como diretriz da atenção a saúde estabelecida, inclusive, no ordenamento jurídico. Contudo, integralidade se constitui em um termo de natureza polissêmica em que uma multiplicidade de abordagens pode ser considerada e relacionada aos diversos sentidos que lhe são atribuídos.

Considerar a integralidade na atenção à saúde implica, em primeiro plano, considerar as singularidades do sujeito a quem esta atenção se destina, no enfoque da universalidade e equidade, enquanto um direito de cidadania e, na “apropriação e reconceitualização das necessidades de saúde pelos trabalhadores em suas práticas, nos mais variados serviços, e pelos gestores, na construção da lógica mais macro da atenção” (Cecílio<sup>1</sup>, p.125).

Integralidade implica em “privilegiar a participação dos diversos atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde” (Pinheiro<sup>8</sup>, p.70) e, no presente estudo, direcionamos o olhar para os profissionais de nível técnico em enfermagem em busca da representação do sentido, construção e aplicação de integralidade no seu cotidiano de trabalho em saúde. Estes profissionais, juntamente com os demais trabalhadores de nível auxiliar e técnico, constituem 54% da força de trabalho do SUS<sup>35</sup>, portanto devem ser considerados como “um segmento importante de profissionais que expressam o modo de produzir saúde” (Abrahão<sup>30</sup>, p. 250).

Os sujeitos pesquisados, atuantes em uma unidade hospitalar de média/alta complexidade, apresentam um sentido de integralidade sempre dirigido ao sujeito que cuidam e, portanto, trazem o enfoque do atendimento às necessidades de saúde, o trabalho em equipe e a

prestação do cuidado integral como horizontes normativos da integralidade.

Os trabalhadores pontuam questões nas quais se apreende que eles buscam perceber e atender as necessidades de saúde, porque isso está implícito em sua formação, mas que este atendimento implica em um trabalho de equipe que possa desenvolver um cuidado para além de ações que visem, objetivamente, a cura da doença, tendo como norteador a Humanização da Assistência.

No que se relaciona a formação, eles defendem uma fundamentação prática de integralidade que os habilite a desenvolver uma escuta sensível às necessidades do paciente e que, principalmente, possam ser discutidas no processo de trabalho em saúde, de modo a configurar mudanças nas práticas de cuidado que ainda se constituem em práticas fragmentadas pelas diversas especializações.

Fica claro que a ETIS e todo o seu corpo docente na sua atuação com a educação profissional, no contexto do SUS, tem o desafio de implementar o princípio de integralidade como eixo orientador da formação desenvolvida, além de promover articulações com as instituições de saúde em prol da integração escola/serviço.

## REFERÊNCIAS

1. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p.115-28.
2. Pires D, Gelbcke FL, Matos E. Organização do trabalho em enfermagem: Implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. Trabalho, Educação e Saúde; 2004; 2 (2): 311-325
3. Camargo Júnior KR. Um ensaio sobre a (in) definição da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2007.p.37-46.
4. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado: 1988. [citado abr. 2009]. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm).
5. Brasil. Lei Federal nº 8080/1990. Brasília: Senado; 1990 [citado set. 2009]. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil03/Leis/L8080.htm)
6. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO;2006.p.41-46.
7. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: Para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008; 32 (4):492-499.
8. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006.p.67-113.
9. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública. 2004; 20 (5): 1400-1410.
10. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2007.p.199-212.
11. Silva JPV, Tavares CMM. Integralidade: Dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. Trabalho, educação e saúde. 2004; 2 (2):271-285.
12. Matos E. A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
13. Minayo MCS. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da pesquisa social. In: Deslandes S, Neto OC, Gomes R, Minayo MCS, organizador. Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes. p.21-22.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
15. Bitencourt F, organizador. Hospital dos Servidores do Estado. Um Patrimônio de Saúde, Arquitetura e História. Brasil: Ministério da Saúde; 2007.

16. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. [citado set 2009]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm),
17. Dal Poz M, Romano RAT, Torrez MNFB, Cortez MV. Formação de Recursos Humanos de Nível Médio em Saúde no Rio de Janeiro: A Experiência da Escola Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos. Cad. Saúde Públ, 1992; 8(1): 57-61.
18. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Programa de Formação de recursos humanos de Nível Médio. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/INAMPS. Brasília: MPAS; 1987. [citado jun 2009]. Disponível em: [www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/Prog\\_form.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/Prog_form.pdf),
19. Escola de Formação Técnica em Saúde “Enf Izabel dos Santos”. Projeto Político-Pedagógico (documento mimeografado). Rio de Janeiro; 2001.
20. Lei nº 7498/1986 do Conselho Federal de enfermagem (BR). Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/7498.htm)
21. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA (organizadores). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007.
22. Barros FS, Pinheiro R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA (organizadores). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007.
23. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia [periódico na Internet] Rev Saúde Pública 2001; 35 (1): 103-109. [citado set 2009]. Disponível em: [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp),
24. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação do Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde, organizador). Rio de Janeiro: EPSJV; 2006.
25. Lima MJ. O que é enfermagem. 3. ed. São Paulo: Brasiliense; 2005. Coleção Primeiros Passos.
26. Henriques RLM, Acioli S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2008
27. Pinheiro R. Cuidado em Saúde. In: Pereira LB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009
28. Minayo MCS. Sobre o Humanismo e Humanização. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
29. Ayres JRCM. Cuidado: Tecnologia ou sabedoria prática? Interface: comunicação, saúde e educação; 2000 (6).
30. Abrahão AL, Cassal LC.B. Caminhos para a integralidade na educação profissional técnica de nível médio em saúde. Trabalho, educação e saúde; 2009; 7(2): 249-264.

31. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2a ed. São Paulo: Hucitec ; 2005.
32. Mattos RA. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007
33. Buss P. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2000; 5(1): 163-177.
34. Matta GC, Morosini MVG. Atenção à Saúde. In: Pereira LB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2a ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
35. RET-SUS, organizador. ABC saúde educação: Educação profissional. *Revista RET-SUS*; 2007; ano II (25):15-16.

## APENDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Técnico (a) de Enfermagem

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre a mesma e, se aceitar fazer parte do estudo, assine as duas vias deste documento. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvidas, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital dos Servidores do Estado, que é um órgão institucional cujo objetivo é de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados exercendo a função de avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos, localizado à Rua Sacadura Cabral, 178 – Saúde – Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2291-3131 Ramal: 3544.

**Título da Pesquisa:** “Integralidade: Sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem.”

A pesquisa objetiva investigar o princípio da integralidade na prática dos técnicos de enfermagem formados pela Escola de Formação Técnica Izabel dos Santos e com atuação no Hospital dos Servidores do Estado, sendo objetivos específicos: Identificar a percepção e as ações de integralidade prevalentes entre os profissionais de nível técnico em enfermagem que atuam no HSE; Analisar a proposta da ETIS no que concerne ao desenvolvimento pedagógico com a finalidade de perceber em que medida contempla uma compreensão do princípio da integralidade na formação dos técnicos de enfermagem; Apontar principais estratégias de (re) significação do princípio da integralidade na formação e prática dos técnicos de enfermagem.

Para a coleta de informações, você responderá a um questionário no seu local de trabalho, no horário que mais lhe convier no seu turno de trabalho, para o qual você disponibilizará em média de 40 a 60 minutos de seu tempo. Esta participação é voluntária e, caso você a recuse, não haverá quaisquer tipos de constrangimentos entre você e a pesquisadora, nem suas respostas determinarão qualquer tipo de avaliação funcional.

Não haverá nenhum tipo de benefício financeiro pela sua participação, tampouco isso implicará em despesas para sua pessoa. Sua participação trará como benefício o investimento na formação do ensino técnico em enfermagem, possibilitando analisar e repensar a formação instituída e já vivenciada por você, no sentido de aprimorar o curso para novos alunos, buscando promover a integração teoria-prática.

Os riscos relacionados à sua participação referem-se à divulgação e vinculação de seu nome às questões apontadas na pesquisa. Para evitar estes riscos, garantimos que as informações obtidas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua identificação, pois todos os esforços serão empreendidos na preservação de seu anonimato. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e estarão disponíveis à sua pessoa a qualquer momento que necessitar. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, se assim considerar, como prevenção de possíveis riscos à sua integridade.

### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, consinto em participar na qualidade de sujeito da pesquisa “Integralidade: Sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem”. Declaro que estou devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos e procedimentos necessários à realização da mesma, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto acarrete em quaisquer tipos de constrangimentos ou deméritos em minha avaliação funcional.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Sujeito de Pesquisa

Assinatura: \_\_\_\_\_

Marta de Fátima Lima Barbosa  
Pesquisador responsável  
Tel: (21) 9618-2111  
(21) 2291-3131 R: 3480

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profª Drª Ana Luiza Stiebler Vieira  
Orientadora  
Escola Nacional de Saúde Pública  
FIOCRUZ



## **APENDICE II – Solicitação de Autorização ao Hospital dos Servidores do Estado**

Eu, Marta de Fátima Lima Barbosa, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ solicito autorização para a realização da pesquisa intitulada **“Integralidade: Sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem”**, cujos sujeitos de pesquisa são Técnicos de Enfermagem lotados no Hospital dos Servidores do Estado e que foram alunos egressos da Escola de Formação Técnica em Saúde Enf<sup>a</sup> Izabel dos Santos (ETIS), no período de 2001 a 2007.

Os objetivos da pesquisa estão assim discriminados: 1) Identificar a percepção e as ações de integralidade prevalentes entre os profissionais de nível técnico em enfermagem que atuam no HSE; 2) Analisar a proposta da ETIS no que concerne ao desenvolvimento pedagógico com a finalidade de perceber em que medida contempla uma compreensão do princípio da integralidade na formação dos técnicos de enfermagem; 3) Apontar principais estratégias de (re) significação do princípio da integralidade na formação e prática dos técnicos de enfermagem.

O benefício da pesquisa está relacionado ao investimento e análise de um processo de formação já instituído para os técnicos de enfermagem, de modo a aprimorar e correlacionar ensino-serviço em prol da formação de trabalhadores que atuam no Sistema Único de Saúde.

Para tanto, necessito de autorização para a execução da pesquisa junto aos técnicos de enfermagem em seu ambiente de trabalho.

A citação do nome da Instituição está vinculada a esta autorização que poderá consentir ou não na referida identificação.

---

Pesquisadora

## **APENDICE III - Solicitação de Autorização à Escola de Formação Técnica Izabel dos Santos/SESDEC/RJ**

### **Solicitação de Autorização de Pesquisa**

Eu, Marta de Fátima Lima Barbosa, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ venho solicitar autorização para a realização da pesquisa intitulada “**Integralidade: Sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem**”, cujos sujeitos de pesquisa são técnicos de enfermagem lotados no Hospital dos Servidores do Estado e que foram alunos egressos da Escola de Formação Técnica em Saúde Enf<sup>a</sup> Izabel dos Santos (ETIS), no período de 2001 a 2007.

Os objetivos da pesquisa estão assim discriminados: 1) Identificar a percepção e as ações de integralidade prevalentes entre os profissionais de nível técnico em enfermagem que atuam no HSE; 2) Analisar a proposta da ETIS no que concerne ao desenvolvimento pedagógico com a finalidade de perceber em que medida contempla uma compreensão do princípio da integralidade na formação dos técnicos de enfermagem; 3) Apontar principais estratégias de (re) significação do princípio da integralidade na formação e prática dos técnicos de enfermagem.

O benefício da pesquisa está relacionado ao investimento e análise de um processo de formação já instituído para os técnicos de enfermagem, de modo a aprimorar e correlacionar ensino-serviço em prol da formação de trabalhadores que atuam no Sistema Único de Saúde.

Para tanto, necessito de autorização para análise dos documentos da ETIS relacionados ao Projeto Político Pedagógico e Guia Curricular do Curso Técnico em Enfermagem, em suas quatro áreas temáticas.

A citação do nome da Instituição está vinculada a esta autorização que poderá consentir ou não na referida identificação.

---

Pesquisadora

**APENDICE IV - Instrumento de Coleta de dados**

**PESQUISA**

**“Integralidade: Sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem”.**

**QUESTIONÁRIO Nº.**

**TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

1) O QUE VOCÊ COMPREENDE COMO INTEGRALIDADE?

---

---

2) DÊ EXEMPLOS DE AÇÕES DE INTEGRALIDADE REALIZADAS POR VOCÊ NO SEU TRABALHO NO HOSPITAL?

---

---

---

3) DURANTE A SUA FORMAÇÃO EM TÉCNICO DE ENFERMAGEM, O QUE FOI ENSINADO COMO ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE?

---

---

---

4) QUE SUGESTÕES VOCÊ PODE OFERECER PARA CONTRIBUIR COM A FORMAÇÃO DE NOVOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NO QUE SE RELACIONA À INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO EM SAÚDE?

---

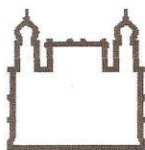
---

---

---

---

## ANEXO I – Aprovação Protocolo de Pesquisa CEP/ENSP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 08 de junho de 2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

### PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 66/09 CAAE: 0067.0031.000-09

**Título do Projeto:** “Integralidade: sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem”

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Pesquisadora Responsável:** Marta de Fátima de Lima Barbosa

**Orientadora:** Ana Luiza Stiebler Vieira

**Instituição onde se realizará:** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP FIOCRUZ

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 20 / 04 / 2009

**Data de apreciação:** 13 / 05 / 2009

**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

  
Iliete Nascimento de Carmilho Reis  
Coordenadora Adjunta  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP

ANEXO II – Aprovação Protocolo de Pesquisa CEP/HSE



33433.011318/2009-21  
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO

Rio de Janeiro, 18 de agosto de 2009.

Do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital dos Servidores do Estado (CEP-HSE).

Ao Ilmo. Sr. Dr. Fábio Cupertino Morinigo,  
Diretor da Divisão Médico - Assistencial do HSE.

Assunto: Aprovação do Prot. CEP: 000.381.

Estamos enviando a carta de aprovação e a respectiva documentação referente ao projeto de pesquisa, de acordo com o estabelecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, como sendo a documentação necessária e suficiente para análise e parecer do CEP.

Sem mais para o momento, nos colocamos à disposição.

Atenciosamente,

Dr. Marcos Henrique Manzoni  
Coordenador do Comitê de Ética em  
Pesquisa em Seres Humanos do HSE.

MS/HSE  
Divisão Médico Assistencial  
19/08/2009

Recebido em  
27/08/09  
SECRETARIA DO COMITÊ DE  
ÉTICA EM PESQUISA EM SERES  
HUMANOS DO HSE

JULIANO  
HSE/MS  
Gabinete do Diretor  
26/08/09

09:40