



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

ELIAS PEDRO DA SILVA JUNIOR

**INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE NA  
FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: UM OLHAR SOB O  
PENSAMENTO COMPLEXO**

---

Londrina  
2016

ELIAS PEDRO DA SILVA JUNIOR

**INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE NA  
FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: UM OLHAR SOB O  
PENSAMENTO COMPLEXO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mara Lúcia Garanhani

Londrina  
2016

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

Silva Junior, Elias Pedro.

INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: um olhar sob o pensamento complexo / Elias Pedro Silva Junior. - Londrina, 2016.  
142 f. : il.

Orientador: Mara Lucia Garanhani.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.  
Inclui bibliografia.

1. INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE - Teses. I. Garanhani, Mara Lucia. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

ELIAS PEDRO DA SILVA JUNIOR

**INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE NA FORMAÇÃO  
DO ENFERMEIRO: UM OLHAR SOB O PENSAMENTO COMPLEXO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Mara Lúcia Garanhani  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marli Terezinha Oliveira Vannuchi  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Elisabete de Fátima Pólo de Almeida  
Nunes  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 11 de Maio de 2016.

## *DEDICATÓRIA*

Aos estudantes de Enfermagem e todos que terão contato com o tema  
de pesquisa

Aos professores do Currículo Integrado da UEL

## AGRADECIMENTOS

*A minha amada e querida Esposa Giselle, as minhas filhas, presentes do Deus Altíssimo para minha vida, Ana Luiza e a Daniela (que nasceu na mesma época que esse trabalho).  
Aos meus pais Elias e Marli pelo incentivo de uma vida inteira e a minha Sogra presente de Deus.*

*Aos queridos irmãos em Cristo da ICM, pelas orações e cuidado espiritual.*

*Sou grato por todo o apoio que me deram, pela compreensão, paciência e  
As orações.*

*Em especial a minha Esposa por ter estado sempre disposta a me ajudar, ao cuidado dispensado, paciência, mesmo quando não sabia como fazer. Seu Amor, Carinho e Súplicas ao Deus Todo-Poderoso me trouxeram ânimo ao meu caminhar. Obrigada pelas lágrimas derramadas, e perdão pelos momentos em que me irritei; pelo incentivo quando queria dormir após os plantões difíceis que tinha, quando queria pescar e não podia. Pelas conquistas presenteadas por Deus em nossa vida e na construção desse trabalho. Você é o presente que Deus tinha reservado:*

*“A casa e os bens são herança dos pais; porém do Senhor vem a esposa prudente.” **Provérbios 19:14***

*À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Lucia Garanhani.  
Obrigada por ter construído comigo este trabalho, por todo o tempo dedicado na preparação, leitura e correções, e quantas correções!! Agradeço pelo apoio nos grupos focais, pelo apoio durante o desenvolvimento das atividades, por segurar na minha mão!!  
Sou grato por toda a paciência dedicada a mim nestes dois anos e meio. Admiro sua dedicação e empenho na construção de um currículo que proporcione, não somente a formação de enfermeiros capacitados, mas de seres humanos. Pela experiência e conhecimento adquirido numa vida dedicada a Educação e a Enfermagem!*

*Às professoras Doutoradas Marli Terezinha Oliveira Vanuchi e  
Elisabete de Fátima Almeida Nunes.*

*Agradeço por terem aceitado o convite de me ajudar na construção dessa dissertação. Obrigada pelo tempo dispensado à leitura deste trabalho e por sua presença.  
Tenho certeza que as correções solicitadas fortaleceram esta pesquisa.*

*Aos professores do programa de Mestrado em Enfermagem da UEL.*

*Aos colegas da turma de Mestrado em Enfermagem UEL/2014.*

*Além da companhia aprendi muito com cada um. Obrigada por terem me ajudado no período de coleta de dados e por todas as sugestões nos seminários de pesquisa, elas com certeza, fortaleceram este estudo.*

Exaltar-te-ei, ó SENHOR, porque tu me exaltaste; e não fizeste com  
que meus inimigos se alegrassem sobre mim.

Senhor meu Deus, clamei a ti, e tu me saraste.

Senhor, fizeste subir a minha alma da sepultura; conservaste-me a vida para que não  
descesse ao abismo.

Cantai ao Senhor, vós que sois seus santos, e celebrai a memória da sua santidade.

Porque a sua ira dura só um momento; no seu favor está a vida. O choro pode durar  
uma noite, mas a alegria vem pela manhã.

Eu dizia na minha prosperidade: Não vacilarei jamais.

Tu, Senhor, pelo teu favor fizeste forte a minha montanha; tu encobriste o teu rosto, e  
fiquei perturbado.

A ti, Senhor, clamei, e ao Senhor supliquei.

Que proveito há no meu sangue, quando desço à cova? Porventura te louvará o pó?  
Anunciará ele a tua verdade?

Ouve, Senhor, e tem piedade de mim, Senhor; sê o meu auxílio.

Tornaste o meu pranto em folguedo; desataste o meu pano de saco, e me cingiste de  
alegria,

Para que a minha glória a ti cante louvores, e não se cale. Senhor, meu Deus, eu te  
louvarei para sempre.

[Salmos 30:1-12](#)

SILVA, Elias Pedro Junior. **Integração Ensino Serviço e Comunidade na formação do Enfermeiro: um olhar sob o pensamento complexo**. 2016. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

## RESUMO

Os temas transversais do Currículo Integrado da Universidade Estadual de Londrina são temas que devem perpassar os módulos interdisciplinares de todas as séries do curso. Um desses temas é a Integração Ensino-Serviço-Comunidade. O objetivo desse estudo foi compreender como o tema transversal Ensino-Serviço-Comunidade está sendo desenvolvido em um Currículo Integrado na ótica dos estudantes. Trata-se de um estudo exploratório e compreensivo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado no curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. As fontes de dados foram constituídas pelos cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares e pelos estudantes do curso, que participaram de grupos focais. Os cadernos foram submetidos à análise documental, seguindo as leituras: exploratória, seletiva, analítica e interpretativa. Os encontros com os estudantes foram gravados, filmados, transcritos na íntegra e submetidos à análise temática, participaram da pesquisa 37 estudantes. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2014 a agosto de 2015. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da universidade em estudo com CAAE nº18931613.5.0000.5231. Os resultados foram discutidos a partir de alguns elementos do pensamento complexo de Edgar Morin e apresentados em três eixos temáticos: percepções da inserção da IESC no currículo em estudo, experiências significativas de IESC nos campos de prática; e concepções de IESC atribuídos pelos estudantes. A análise documental permitiu refletir que o tema transversal esta sendo apresentado de forma mais implícita do que explícita, mas permite afirmar que está presente em todas as séries do curso. No entanto, pode ser aprimorado por meio de atividades reflexivas sobre aspectos teóricos e práticos. As experiências significativas de IESC nos campos de prática foram relacionadas pelos estudantes indicando que os conhecimentos adquiridos têm sentido quando aplicados à prática. Os módulos PIMs sobressaíram nas percepções dos estudantes, associados diretamente com as visitas domiciliares, sendo fonte norteadora de aprendizagens significativas, articulando diferentes conceitos teóricos do ciclo básico e profissional, ampliando conhecimentos acerca das realidades sociais, gerando independência na atuação do estudante e vivência de sentimentos que culminam com a apropriação de concepções da IESC. As concepções de IESC descritas pelos estudantes evidenciaram associações da IESC com: união de pessoas, interdisciplinaridade, trabalho em saúde, relações interpessoais, integralidade e humanização. Merece destaque a interdisciplinaridade, o trabalho em saúde e as relações interpessoais. Em relação às relações interpessoais trouxeram a necessidade de comunicação, participação, cooperação, empatia, respeito, harmonia, aprendizado e de valores e princípios. Ressaltamos a importância da IESC na formação do enfermeiro em um processo mais integrado entre instituições de ensino, representadas por professores, funcionários e estudantes e, enfermeiros dos serviços e demais profissionais da área da saúde, bem como com a comunidade como partícipes com caráter ativo.

**Palavras-chave:** Ensino. Serviço. Comunidade. Enfermagem. Currículo.

SILVA, Elias Pedro Junior. **Integration Education and Community Service in the formation of the nurse: a look under the complex thinking.** 2016. 142p . Thesis (Master's Qualifying Examination (Master's Degree in Nursing) – Londrina, State University, Londrina, 2016.

## ABSTRACT

Cross-cutting issues of the integrated curriculum of the Londrina State University are the result of a different conception of educational organization. In turn, they must pervade the interdisciplinary modules in all grades of the course. One of those issues is the integration Teaching-Service-Community. The aim of this study is to understand how the cross-cutting theme-Service-Learning Community is developed in an Integrated Curriculum in perspective of students. It is a comprehensive exploratory study with a qualitative approach of a case study conducted in the nursing program at UEL. Data sources were constituted by planning notebooks and development of interdisciplinary modules and students of the course, who participated in focus groups. The notebooks were subjected to documentary analysis, following readings: exploratory, selective, analytical and interpretive. The meetings with the students were recorded, filmed, fully transcribed and submitted to thematic analysis. Data collection took place from November 2014 to August 2015. The study was approved by the Ethics Committee of the University in a study with CAAE No. 18931613.5.0000.5231. The results were organized in two stages and discussions, supported by various elements of the complex thought of Edgar Morin. At first, he outlined to the way in which the student integrated curriculum is conducted for understanding the concept of cross-cutting theme Integration Teaching-Service-Community in four series of the course. We used the document analysis modules to form a synthesis of the developed educational activities which were related discussions about the topics by students in the focus groups. The second phase presents the perceptions of students about the topic of study. The results indicated that students perceive the integration between teaching-service and community within the hospital nursing care but especially in public health and significant learning experiences were a milestone to the research theme remember. The cross-cutting theme fulfills its purpose to approach the student reality experienced service in the care of individual, family and community. However, still it is necessary that the contents are more intertwined and explicit in the modules, and between sets, in order to achieve the desired formation of critical professionals and reflective, able to provide service with higher quality relevant thinking of reality experienced from the point of view of the comprehensiveness and humanization, the individual, family and community.

**Keywords:** Education. Service. Community Nursing. Curriculum.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama da Rede IDA .....	34
Figura 2 – Diagrama do Programa UNI .....	36
Figura 3 – Matriz curricular do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina .....	42
Figura 4 – Temas Transversais do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da UEL, 2005 .....	44
Figura 5 – Tetragrama de Morin .....	117

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Currículo Integrado
CNRS	Centro Nacional de Pesquisa Científica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação de Enfermagem
E	Estudante
G	Grupo
GF	Grupo Focal
GF'S	Grupos Focais
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
IESC	Integração Ensino-Serviço-Comunidade
LDB	Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional
M1	Módulo - A universidade e o curso de enfermagem
M10	Módulo - Saúde do adulto II
M11	Módulo - Saúde da mulher e gênero
M12	Módulo - Saúde da Criança e Adolescente
M13	Módulo - Cuidado ao paciente crítico
M14	Módulo - Doenças transmissíveis: prevenção e cuidado
M15	Módulo - Saúde Mental
M16	Módulo - Internato – Área da Saúde Coletiva
M17	Módulo - Internato – Área Hospitalar
M2	Módulo - O processo de saúde doença
M3	Módulo - Aspectos Morfofisiológicos e Psíquicos do ser Humano
M4	Módulo - Práticas interdisciplinares e interação ensino, serviço e comunidade – PIM 1
M5	Módulo - Práticas do cuidar

M6	Módulo - Práticas interdisciplinares e interação ensino, serviço e comunidade 2 – PIM 2
M7	Módulo - Organização dos serviços de saúde e enfermagem
M8	Módulo - Saúde do Adulto I
M9	Módulo - Central de Material e Biossegurança
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PIM	Práticas Interdisciplinares e interação Ensino, Serviço e Comunidade
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PPC	Projeto Político Pedagógico
PR	Paraná
PROGRAD	Pró-reitoria de Graduação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDF	Universidade do Distrito Federal
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNESCO	Organização da Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNI	União com a Comunidade
USAID	United States Agency for International Development
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

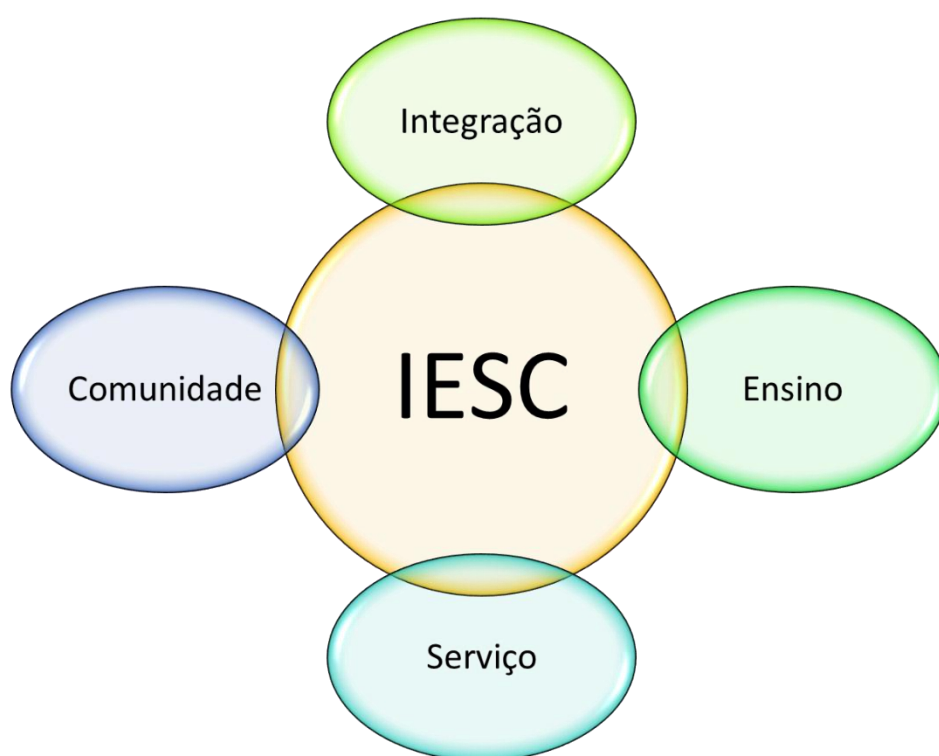
## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>DESPERTAR PARA A TEMÁTICA</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>4</b>	<b>PERSPECTIVA TEÓRICA</b> .....	<b>28</b>
4.1	EDUCAÇÃO SUPERIOR E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E COMUNIDADE .....	28
4.2	A FORMAÇÃO EM SAÚDE E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO- COMUNIDADE .....	32
4.3	FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO- COMUNIDADE .....	38
4.4	O CURRÍCULO INTEGRADO DE ENFERMAGEM – O CASO EM ESTUDO.....	40
4.5	ALGUNS PRINCÍPIOS DO PENSAMENTO COMPLEXO DE EDGAR MORIN.....	45
4.5.1	Operadores da Complexidade .....	47
	A. Operador Dialógico.....	47
	B. Operador Recursivo.....	48
	C. Operador Holográfico .....	48
4.5.2	Os sete saberes à Educação do Futuro.....	49
	I - Conhecimento pertinente.....	50
	II - Ensino da compreensão humana .....	51
<b>5</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	<b>57</b>
5.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	57
5.2	LOCAL DE ESTUDO .....	58
5.3	FONTE DE DADOS .....	58
5.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	59

5.4.1	<i>Primeira Etapa: Análise Documental</i> .....	59
5.4.2	<i>Segunda Etapa: Pesquisa de Campo</i> .....	60
5.5	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS .....	63
5.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	64
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>67</b>
6.1	INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: INSERÇÃO DA IESC NO CURRÍCULO INTEGRADO .....	67
6.1.1	<i>PRIMEIRA SÉRIE</i> .....	68
6.1.2	<i>SEGUNDA SÉRIE</i> .....	72
6.1.3	<i>TERCEIRA SÉRIE</i> .....	77
6.1.4	<i>QUARTA SÉRIE</i> .....	80
6.1.5	ANÁLISE DOCUMENTAL SOB A PERSPECTIVA DO PENSAMENTO COMPLEXO DE MORIN .....	86
6.2	INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS VIVENCIADAS NOS CAMPOS DE ESTÁGIO .....	87
6.3	INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: CONCEPÇÕES ATRIBUÍDAS PELOS ESTUDANTES .....	94
6.3.1	<i>UNIÃO</i> .....	94
6.3.2	<i>INTERDISCIPLINARIDADE</i> .....	95
6.3.3	<i>TRABALHO EM SAÚDE - TRABALHO EM EQUIPE</i> .....	97
6.3.4	<i>RELAÇÕES INTERPESSOAIS</i> .....	101
6.3.5	<i>Comunicação</i> .....	105
6.3.6	<i>Participação</i> .....	106
6.3.7	<i>Cooperação</i> .....	107
6.3.8	<i>Empatia</i> .....	108
6.3.9	<i>Respeito</i> .....	108
6.3.10	<i>Harmonia</i> .....	109
6.3.11	<i>Aprendizado</i> .....	109
6.3.12	<i>Valores e princípios</i> .....	110
6.3.13	<i>Integralidade e humanização</i> .....	111
6.4	CONCLUINDO .....	113
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>120</b>

<b>8. REFERENCIAS</b> .....	124
<b>APÊNDICES</b> .....	136
APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	137
APENDICE B - Termo de Confiabilidade e Confidencialidade .....	139
<b>ANEXOS</b> .....	141
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	142

# *DESPERTAR PARA TEMÁTICA*



## 1 DESPERTAR PARA A TEMÁTICA

Para situar meu caminho como pesquisador retomarei minha trajetória de vida que, de alguma forma, sempre esteve ligada à Universidade Estadual de Londrina (UEL). Inicialmente com o Hospital Universitário em meados dos anos 1984, pois minha mãe atuou durante 25 anos de sua vida profissional até sua aposentadoria neste local. Posteriormente, com o Campus, onde estudei o ciclo básico no Colégio de Aplicação até a finalização no ensino médio. Infância esta grifada singularmente pela marca-símbolo da UEL, gramados, brincadeiras, as imensas perobas, enfim Feliz! Nesta mesma instituição, meu pai atuou também como motorista durante 12 anos.

No entanto, compreendi de maneira mais profunda o significado do símbolo da UEL durante a minha graduação: a circunferência central e a haste que a sustenta, simbolizando a peroba, árvore original do Campus, tão presente na minha infância. Não por mera coincidência, as três faixas que desenham o “U” de Universidade, correspondendo ao trinômio das funções da Universidade, o Ensino, a Pesquisa e a Extensão, ressoam hoje no tema da minha pesquisa, como estudante de pós-graduação e aluno do Mestrado em Enfermagem. Nesta posição, assumi o desafio de estudar como o tema Integração Ensino-Serviço-Comunidade vem sendo desenvolvido na formação do enfermeiro.

Recordo-me que durante a trajetória de estudante, antes mesmo da graduação, sempre procurei ser partícipe do ensino, mas o modelo empregado era tradicional, dependia do professor em dar abertura para contribuições e discussões, sendo que eram poucas às vezes em que era permitido falar. Mas à frente compreendi que este modelo de educação era chamado de Educação Bancária por Paulo Freire, educador expoente nesta área (FREIRE, 1987).

Antes mesmo da escolha da Enfermagem como profissão, sempre tive um fascínio pelo cuidado humano, um despertar que sempre me acompanhou até mesmo antes da experiência impar da Enfermagem. Lembro-me quando atuava como Técnico de Laboratório e de como percebia a importância do meu trabalho, na realização de exames, sabendo que ele poderia interferir no resultado do tratamento de um paciente ou na conduta de um médico que o aguardava. Tal fascínio pelo

conhecimento da anatomia, fisiologia, enfim do conhecimento da maravilhosa engrenagem humana, influenciou-me diretamente pela escolha do Ser Enfermeiro.

Após o processo de seleção do vestibular, processo este dolorido (por três vezes fiquei próximo, mas não fui chamado), me foi apresentado o mundo do conhecimento universitário, do Ser Humano, da saúde, dos serviços, das comunidades, mas de forma *sui generis* o Currículo Integrado (CI) do Curso de Enfermagem da UEL.

Se por um lado, antes em minha vida de estudante era limitado na construção do conhecimento, por outro, o CI dependia da minha contribuição nas construções dos conceitos e do conhecimento. O aprendizado se tornou prazeroso, pois sempre achava que o difícil era o processo do vestibular, mas não tinha noção do quão difícil e desafiador seria fazer parte da construção da minha profissão. Foi incrível, desde o primeiro ano de graduação, já tivemos estágio nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), fazíamos visitas domiciliares, participávamos da comunidade que utilizava os serviços daquela UBS, ensinávamos e aprendíamos com os grupos de Hipertensão ou Diabetes.

Após a graduação tomei a decisão de seguir o caminho da Residência em Enfermagem Perioperatória. Foi também um período ímpar de aprendizado na minha formação. Em seguida, atuei na organização e estrutura de um Serviço Hospitalar de Médio porte na cidade de Londrina, experiência profissional marcante, contudo deixou grandes máculas, a ponto de buscar felicidade e desejar atuar em outra profissão, fazendo cursos na área jurídica nessa ocasião.

Contudo o reencontro com a profissão veio poucos meses depois ao atuar como Docente da Graduação em uma Instituição de Ensino Superior privada. Nesta instituição, na qual mantenho vínculo até hoje, as experiências adquiridas nos Serviços fizeram-se pertinentes novamente no Ensino.

Diante do entendimento sobre a necessidade de aperfeiçoamento docente, dirigi-me ao Mestrado. O tema primário de escolha para elucidação científica era outro, pois estava arraigado com inquietações acerca dos relacionamentos interpessoais no âmbito hospitalar, contudo sem pertinência no contexto científico a que os resultados pudessem colaborar.

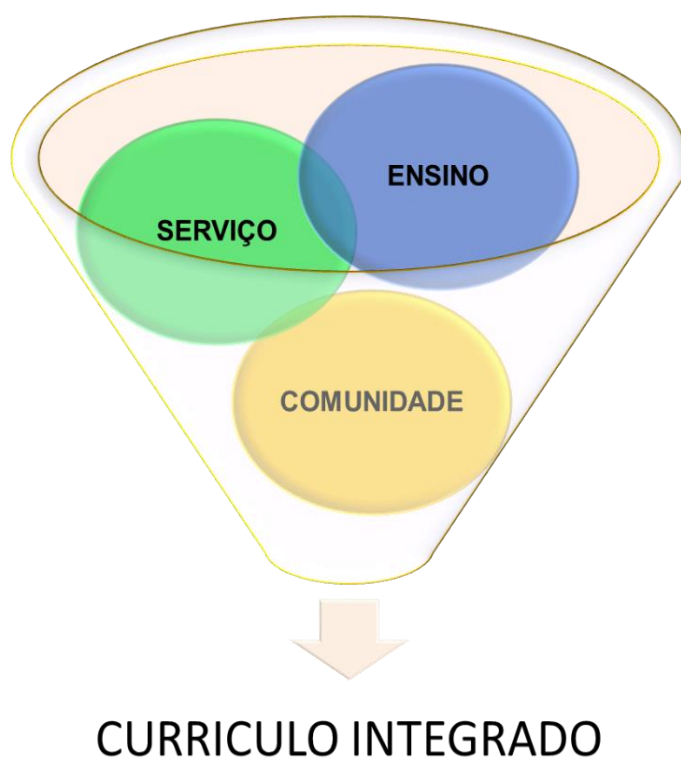
Foi então que o Tema Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) me foi apresentado. De imediato, achei um desafio quase intransponível, pouco

tangível aos meus conhecimentos. Mas ao aproximar-me foi possível suscitar minha formação acadêmica e a mudança a qual o CI causou na minha forma de pensar, agir e reagir com inúmeras questões de vida, sobretudo profissionais, adquirindo significado para mim e sentido em estudá-lo. Indagações do tipo: por que temos que integrar o ensino com o serviço e a comunidade, se fez presente nas minhas reflexões.

Da mesma forma é imprescindível observar que o assunto é ao mesmo tempo instigador, mas também difícil de apreendê-lo, mesmo quando buscava em minhas lembranças da graduação, não era tão nítido assim sua compreensão.

Assim, a construção deste trabalho está permeada de desafios, dificuldades e aprendizagens. Tem sido uma viagem tentar compreender de forma qualitativa como este tema se desenvolve durante a formação do enfermeiro.

# *INTRODUÇÃO*



## 2 INTRODUÇÃO

A formação em saúde durante a década de sessenta até o momento, procurou não apenas tomar como referência a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas apoiada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou também, desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

Nas décadas de 1980 e de 1990 houve discussões em algumas Instituições de Ensino Superior (IES) sobre a necessidade de desenvolvimento de atividades extramuros, buscando-se a integração com os serviços de saúde (MEDEIROS JÚNIOR *et al.*, 2005). Assim, algumas IES começaram a desenvolver experiências inovadoras na formação profissional, com apoio de outras instituições como Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Dentre elas, destacaram-se o Projeto de Integração Docente Assistencial (IDA) e o Programa UNI, cuja sigla refere-se a Uma Nova Iniciativa na formação profissional em saúde, financiado pela fundação Kellogg, que visava à integração ensino-serviço-comunidade.

Na década de 1990, houve a 2ª Conferência Nacional Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1993, com o tema central: “Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde”, que analisou a saúde do povo brasileiro com foco em suas características e paradoxos, a implementação do SUS e a sua relação com os trabalhadores na esfera da formação, desenvolvimento e gestão do trabalho. O relatório final dessa conferência apontou a desvinculação dos currículos dos cursos de graduação das realidades locais e a sua limitação em relação à formação geral do estudante, que inclui a compreensão do contexto de saúde e do funcionamento do SUS. Indicou, assim como a 1ª Conferência Nacional Recursos Humanos em Saúde, que a formação obtida pelos egressos da área de saúde não correspondia às necessidades da população (BRASIL, 1993b). Esses fatos e desafios estão ainda parcialmente presentes na atualidade brasileira.

Nesse cenário, chama atenção os modelos contemporâneos de assistência em saúde, nos quais se destacam como características a fragmentação da doença e do corpo humano, a valorização da medicina, dos medicamentos e das especialidades médicas, a centralidade do ambiente hospitalar e a assistência voltada para a doença em seus aspectos biológicos, o uso intensivo de tecnologia, a rigidez de papéis profissionais e uma lógica de trabalho que pode ser definida por interesses corporativos ou burocráticos (XAVIER; ARAUJO, 2014)

Porém em 1996, a Lei nº 9.394, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), chama atenção por orientar o ensino por competências. Concede autonomia às IES, permite flexibilização de currículos, gestão democrática e assegura a existência de órgãos colegiados e deliberativos. Nela, a estrutura curricular não é mais rígida e sim baseada no desenvolvimento de competências que requerem um conjunto de saberes (conhecimentos), o saber fazer (prática) e o saber ser (atitudes). A competência tem relação com a capacidade de construir, articular, mobilizar valores, conhecimentos e habilidades para a solução de problemas (BRASIL, 1996).

Logo, a LDB concede novos graus de liberdade para as IES ao reconhecer a necessidade de desenvolvimento de novos modelos de ensino e a competência como elemento estruturante da base curricular (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001; BRASIL, 1996). Estimula o conhecimento dos problemas do mundo atual, a prestação de serviços e o estabelecimento de relações de reciprocidade com a população (MITRE *et al.*, 2008).

As prerrogativas da LDB-1996 foram reafirmadas por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde. Isto porque as DCN estimulam as IES a mudarem suas práticas pedagógicas, esperando que a aproximação com a realidade social possa contribuir para a formação de futuros profissionais melhores preparados para dar respostas positivas frente à realidade e às demandas da população.

As DCN orientam a necessidade de formação de profissionais com "perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, que possam atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico". Sinalizam que os egressos/profissionais devem compreender a realidade socioeconômica e cultural de seu meio e dirigir sua atenção, visando à transformação da realidade em benefício da

sociedade. As competências gerais requeridas são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001a, p. 1-2; 2001b, p. 1-2; 2001c, p. 1-2; BRASIL, 2002a p. 1-2; 2002b, p. 1-2).

Nesse contexto, concretizou-se, em 7/8/2001, o Parecer 1133 do Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior (CNE/CES), que veio reforçar a necessidade da articulação entre Educação Superior e Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2001)

Após esse Parecer, foi aprovada a Resolução CNE/CES Nº 03 de 7/11/2001, que definiu as DCN para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF). Essa Resolução evidencia a necessidade de articulação entre os setores educação e saúde, traz indicadores de mudanças processuais na formação do enfermeiro que se apresentam como grandes desafios às IES (FERNANDES, 2013).

Tais mudanças reafirmaram a necessidade e o dever dessas instituições de formarem profissionais enfermeiros capacitados para atender às necessidades ampliadas de saúde da população com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Elas abrem possibilidades para a transformação do perfil dos futuros profissionais, por meio da adoção de estratégias construídas com base nos princípios e diretrizes desse Sistema, além de estarem fundamentadas no conceito ampliado de saúde; na utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que considerem o trabalho em saúde como eixo estruturante das atividades; no trabalho multiprofissional e transdisciplinar da equipe de saúde; na integração entre o ensino e os serviços de saúde; e no aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da população (LOPES NETO, 2007).

Contudo o cuidado à saúde ainda é percebido com certa distância entre os sujeitos que necessitam de cuidado, os que pensam, os que ensinam e os trabalhadores e gestores da saúde que executam o cuidado. Isto tem se configurado como uma tensão na construção do modelo de saúde desejado (BATISTA et al, 2013).

É importante observar que um modelo de saúde diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de

organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007)

A realidade dos serviços vem-se constituindo em um cenário de experimentação e disputa entre diferentes modelos de atenção à saúde, com predominância dos modelos hegemônicos, representados pelo modelo assistencial privatista e modelo assistencial sanitaria (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PAIM, 2003a).

Somado a este desafio da mudança de modelo de atenção a formação em saúde tem também buscado transformar o modelo de educação. Portanto, formar profissionais para atuar no sistema de saúde era e ainda se constitui um desafio. Envolver a comunidade, os serviços e usuários além de gestores, mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde. Por outro lado, a mudança na formação acadêmica de estudantes e professores do campo da saúde também se tem mostrado necessária (BATISTA; GONÇALVES, 2005; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesta lógica, a formação em saúde tem utilizado diversas estratégias, dentre elas a relação teoria e prática, metodologias ativas de ensino, avaliações formativas, entre outras, com vistas a utilizar-se da diversificação de cenários de ensino-aprendizagem que aproximem o estudante dos espaços sociais extramuros. Esta ação visa propiciar a construção de pensamento crítico e reflexivo sobre a realidade que cerca o estudante, sobretudo no que diz respeito à valorização de culturas diversas na construção de um ambiente saudável (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001).

Assim, podemos constatar que propostas de articulações entre o Ensino, Serviços de saúde e a Comunidade no processo de formação profissional é antiga, tendo sido motivo de variadas experimentações, algumas das quais resultaram em avanços ao longo das últimas décadas no Brasil. Essa articulação vem sendo enfatizada pelo MS como uma estratégia importante para a formação de profissionais que atendam aos princípios e diretrizes do SUS (VILELA; CARVALHO; PEDRÃO, 2014).

Neste sentido, a IESC, dentre outras definições, será abordada neste estudo como a sugerida por Demarzo e colaboradores (2009), que a definem como a

articulação entre os centros formadores de graduação e pós-graduação com os serviços de saúde nos diversos níveis de atenção e esferas governamentais e a participação social nesse processo (DEMARZO et al, 2009). Nesta definição, a articulação diz respeito às relações estabelecidas entre estudantes, professores, trabalhadores dos serviços de saúde e comunidade, organizando-se entre si, promovendo a construção de espaços para a reflexão acerca da própria IESC.

Por conseguinte, visto a IESC ser tema relevante no cenário histórico do Brasil e; tomando-se por base as DCN/ENF (BRASIL, 2001) que norteiam a elaboração dos Projetos Pedagógicos Curriculares (PPC's) e constituem a base da gestão acadêmica e pedagógica dos currículos de enfermagem; ela foi adotada como tema transversal na proposta do CI do Curso de Enfermagem da UEL.

Nesta perspectiva, fizemos um movimento de busca sobre a IESC na formação em saúde na literatura nacional. Encontramos poucos trabalhos que abordam os três elementos que constitui na IESC conjuntamente. Muitos artigos analisam a integração que ocorre entre o Ensino e Serviço, porém abordando superficialmente a Comunidade. Outros tratam da integração Serviço com a Comunidade e abordam superficialmente o Ensino. Observamos também que nenhum estudo abordava a IESC como tema transversal na formação do Enfermeiro.

Desta forma, indagamos a IESC como questão de pesquisa, focada neste estudo na formação do enfermeiro. Assim, surgem algumas questões: Como a IESC está sendo desenvolvida na formação do enfermeiro? Partindo da proposta de um currículo integrado, como a IESC está distribuída nos módulos nas diferentes séries do curso? Quais as percepções e conhecimentos que alunos de enfermagem possuem sobre a IESC? Assim, frente às estas indagações, consolida-se a questão orientadora desta pesquisa: *como está sendo desenvolvido o tema transversal Integração ensino-serviço-comunidade na formação do enfermeiro em um Currículo Integrado?*

Esta pesquisa faz parte de um projeto de pesquisa de contexto e panorama maiores sob o título: "Currículo Integrado de um Curso de Enfermagem: Temas Transversais e Formação Profissional", coordenado e desenvolvido no Grupo de Pesquisa sobre Formação em Saúde (GFAS), da UEL.

Este estudo justifica-se pela relevância do tema e pelo ineditismo do desenvolvimento de temas transversais no ensino superior na área da saúde.

Buscaremos analisar os documentos construídos e discutidos no colegiado do curso e aprovados nos órgãos superiores da UEL, bem como as percepções dos estudantes de enfermagem de um currículo integrado. Assim, esperamos identificar e analisar experiências exitosas na perspectiva do desenvolvimento da IESC na formação do enfermeiro, bem como explorar os desafios para a sua concretude.

# OBJETIVOS



### **3 OBJETIVOS**

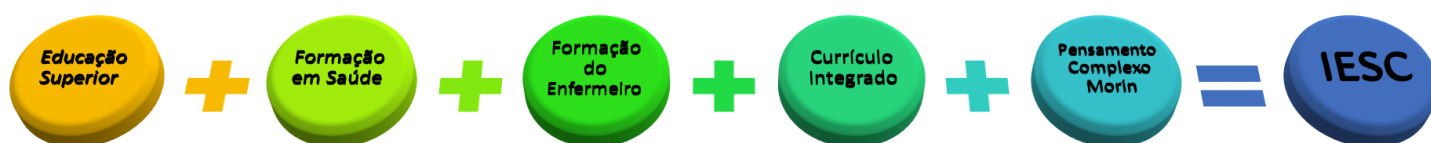
#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender como o tema transversal Integração Ensino-Serviço-Comunidade é desenvolvido em um Currículo Integrado na ótica dos estudantes.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Analisar como o tema Integração Ensino-Serviço-Comunidade está delimitado nos módulos interdisciplinares das quatro séries de um currículo integrado de enfermagem;
2. Identificar experiências significativas de aprendizagem relacionadas a Integração Ensino-Serviço-Comunidade na formação do enfermeiro;
3. Analisar as concepções de Integração Ensino-Serviço-Comunidade para estudantes de enfermagem.

# PERSPECTIVA TEÓRICA



## 4 PERSPECTIVA TEÓRICA

Este capítulo está organizado em cinco tópicos. Os três primeiros abordam uma breve revisão bibliográfica sobre a educação superior no Brasil, a formação em saúde e a formação do enfermeiro relacionadas com o tema IESC. O quarto tópico explora o currículo integrado que delimita a região do estudo de caso dessa pesquisa e, por fim o último descreve algumas premissas teóricas do educador Edgar Morin que subsidiaram a discussão dos resultados.

### 4.1 EDUCAÇÃO SUPERIOR E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E COMUNIDADE

A Educação Superior no Brasil é decorrente da influência sofrida pela sociedade, cultura, política e economia num determinado tempo histórico e desde seus primórdios possui relação com a tríade Integração Ensino-Serviço-Comunidade. Entre os países da América Latina, o Brasil foi o que promoveu sua reforma universitária e consolidou seu sistema universitário, mais tardiamente (BOMENY, 1994).

Aguiar (2008), retrata que no século XV, época conhecida pelos esforços de nações europeias nas grandes navegações e colonização de outros continentes, as universidades já eram instituições consolidadas principalmente na Inglaterra e Espanha, sendo respectivamente três e doze, as universidades em cada país, enquanto que Portugal possuía apenas uma (AGUIAR, 2008).

Nos países colonizados pelos Espanhóis as universidades eram criadas com o intuito de difundir o pensamento católico, frente a Reforma Protestante que ocorria na época e em termos profissionais era preparar a aristocracia colonial, seguindo o modelo francês de ensino (ROSSATO, 1998). No aspecto curricular, as matérias eram as mesmas que se ensinava nos países colonizadores com ênfase nas disciplinas humanas com vistas a formar profissionais (ROSSATO, 1998).

Observa-se que no Brasil, os primórdios históricos da educação se deram em 1549, quando os jesuítas aqui chegaram. Nesta época de colonização, a educação superior ocorria em cidades mais importantes na forma de colégios, seguindo o modelo português (ALENCAR; MARTINS; CAMPOS, 2014).

Este modelo consistia no *Ratio Studiorum*, que era o conjunto de normas criado para regulamentar o ensino nos colégios jesuíticos (ALENCAR;

MARTINS; CAMPOS, 2014). Existiam dois graus *Studia Inferiora* e *Studia Superiora*, contextualizando para os dias atuais, respectivamente, ensino fundamental e médio e, ensino superior (Filosofia e Teologia). O modelo metodológico praticado era centrado no ensino tradicional, tendo o professor como agente do saber e o aluno como parte passiva neste processo.

Neste cenário, a comunidade era representada pelos senhores de engenho, os funcionários públicos, os criadores de gado e os oficiais mecânicos, que desejavam formar e ilustrar seus filhos. Foram estas pessoas os responsáveis pelo primeiro movimento Pró-Universidade no Brasil, pois, o ensino superior na forma de universidade como atualmente é concebida, estava longe de acontecer. A sua criação somente ocorreu no período republicano, algumas décadas após a Proclamação da República (AGUIAR, 2008).

Inicialmente foram criadas as Academia da Marinha e Militar para atenderem as necessidades de defesa do reino e, formou-se um núcleo de escolas superiores isoladas para atender as necessidades de diminuta parcela da sociedade, sendo que os cursos superiores eram voltados a formação profissional para o reino (AGUIAR, 2008; ALBUQUERQUE et al, 2008;). Não havia, sequer, preocupação com a educação básica ou fundamental, tampouco com o ensino médio. Tal situação perdurou até meados de 1837 quando foi criado no Rio de Janeiro o Colégio Pedro II (ALENCAR, 2014; AGUIAR, 2008).

Ainda no período da República, as inovações foram marcadas no campo educacional por meio de leis e decretos que estabeleceram as diretrizes para o ensino primário, secundário, superior e técnico agrícola e industrial (AGUIAR, 2008)

Em 1915, ocorreu o Manifesto de Córdoba, na Argentina, que teve como base a busca por uma identidade genuína das universidades latino-americanas que representasse as lutas populares contra as oligarquias. Este fato ficou conhecido como “Documento da Reforma Universitária”. O documento defendia a autonomia das universidades por meio da democratização, além de apresentar o inconformismo das classes médias da época, reivindicando uma maior participação dos alunos nos assuntos administrativos (AGUIAR, 2008).

Também teve grande impacto no campo educacional os movimentos de 1920 a 1930, sobretudo o “Movimento dos Pioneiros da Educação Nova” de 1932, assinado por vinte e sete educadores do Brasil, que preconizavam que a educação

pública deveria ser idealizada, gratuita, obrigatória, com vistas a estabelecer o conceito de universidade e formação de professores, incluindo aí a situação do país, a necessidade da construção da democracia e da função social da educação (ALBUQUERQUE, 2006).

Estes movimentos ainda trouxeram a ideia de expansão das áreas de conhecimentos, incluindo medicina, direito e engenharias. Ponto nobre foi a concepção defendida de que a universidade tinha a tríplice função de pesquisa, docência e extensão, surgindo a base para posteriores aprofundamentos do tema Integração Ensino-Serviço-Comunidade, objeto de estudo desta pesquisa (ALENCAR, 2014).

A missão das Universidades dessa época era a de renovação e formação de elites culturais e políticas com conhecimento científico. A Universidade de São Paulo – USP e a Universidade do Distrito Federal – UDF foram criadas, respectivamente em 1934 e 1935, nessa perspectiva (PILETTI, 1996). No que tange as resoluções que regulamentavam o ensino superior no país a primeira LDB foi promulgada em 1961 – Lei 4.024/61 (BRASIL, 2016).

Esses movimentos que colocavam a educação superior em debate perduraram como estímulo nas lutas estudantis na década de 1960, do século passado. Nitidamente multiplicava-se a ideia de que a universidade deveria ter integração com o contexto social. Em virtude disso, as universidades deveriam ultrapassar as barreiras restritivas do conhecimento, transcendendo suas atividades acadêmicas junto à sociedade, sendo atuante na disseminação de políticas que eliminassem as fronteiras entre os povos latino-americanos (AGUIAR, 2008; BOMENY, 1994).

Assim, os anos de 1960 foram marcados por intensa discussão acerca do papel das universidades na transformação ativa da sociedade. Com o golpe de Estado de 1964, foi iniciado o processo de modernização do ensino superior, após acordo do Ministério da Educação (MEC) com a Agência Americana United States Agency for International Development – USAID. Tal fato resultou na incumbência da responsabilidade da reformulação do sistema educacional a técnicos americanos, sucedendo então, a importação de técnicas de ensino e atrelando a dependência das instituições brasileiras às estrangeiras (ROMANELI, 1991; AGUIAR, 2008). Houve desta forma, neste período, um descompasso com o movimento que existia dentro

das próprias universidades que debatia seu papel social, suas formas de relação com a sociedade, com vistas a incentivar atividades de extensão e pesquisas relativas a realidade brasileira (MARSIGLIA, 1995 p. 15).

Para desagregar e desestabilizar o movimento estudantil (1968) o governo de cunho militar e centralizador instituiu nova lei para a educação superior, a Lei 5.540 de 1968 (BRASIL, 1968). Esta ficou conhecida como a Lei da Reforma Universitária que durou por 28 anos até a promulgação da atual LDB – Lei 9393 de 1996 (BRASIL, 1996). Neste período houve ainda, perseguição drástica, com proibição de reuniões aos líderes, professores atuantes e simpatizantes do movimento (ALBUQUERQUE, 2006).

Neste período a universidade foi controlada por rígida organização curricular com características desafiadoras para a integração Ensino-Serviço-Comunidade como, por exemplo: ausência de autonomia, pouca expansão de docentes e número de vagas insuficientes. A visão era a de um sistema de educação superior somente como provedor de recursos humanos necessários ao desenvolvimento nacional, com elo na indústria nacional (BRASIL, 1993b; AGUIAR PEREIRA, 2008). Este modelo de educação superior visava maior controle externo, menor liberdade didática, maior limite na autonomia universitária e uma visão empresarial da educação superior que iria desencadear, dessa década para frente grande expansão da educação privada (AGUIAR, 2008).

Em 1996 foi promulgada a nova LDB, Lei nº 9.394/96. Com essa lei, os currículos mínimos do ensino superior foram extintos e as universidades retomaram o debate para a elaboração das diretrizes curriculares específicas para cada curso em substituição aos currículos mínimos (BRASIL, 1996). Iniciou-se um processo de maior abertura e autonomia para as universidades, permitindo maior flexibilização curricular, adoção de metodologias de ensino e aprendizagem e de avaliação mais participativas. Neste período intensifica-se o debate do papel social da universidade que permanece até os dias atuais.

Em 2001, foram lançadas as DCNs para os cursos na área da saúde (BRASIL, 2001), que incorporaram aspectos fundamentais a serem adotados nos currículos dos mesmos. Exploraremos a seguir de forma breve como a formação em saúde se desenvolveu neste contexto nacional.

## 4.2 A FORMAÇÃO EM SAÚDE E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

A formação profissional em saúde no Brasil acompanhou, assim como em outros países, a trajetória histórica, política e social da sociedade, sobretudo nas últimas décadas do século XX e na primeira do século XXI. Esta evolução marca a busca do atendimento das necessidades de saúde da sociedade brasileira, precedida da incorporação tecnológica.

Fato também marcante diz respeito à estrutura organizacional do ensino em saúde, haja vista que este teve, e ainda tem características fragmentadoras por meio de disciplinas, assim como a organização da academia e dos serviços em departamentos, além da dissociação entre a teoria e a prática, gerando uma lacuna entre os centros formadores (academia) os serviços e a comunidade (CONASEMS, 2008).

Como visto anteriormente, a Educação Superior foi marcada por fatos históricos que a isolavam da ideia de integrar as instituições de Ensino, Serviço e Comunidade. Isto também ocorreu na formação de profissionais de saúde no Brasil, como em outros países, no sentido de ampliar as possibilidades de resposta às necessidades de saúde da sociedade brasileira (LIMA, 2009).

Contudo, observamos que grande caminho se percorreu e ainda continua sendo percorrido para o entendimento de que a Integração Ensino-Serviço-Comunidade é de suma importância na formação e atuação em saúde.

Em 1940, chega ao Brasil o modelo Flexneriano, criado por Abraham Flexner, em 1910, que consistia como resultado de uma grande avaliação sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Tinha o objetivo de conferir uma base científica sólida à formação médica. Este modelo, não obstante, tenha reformulado e modernizado o ensino da medicina, também trouxe características mecanicistas, biologiscistas, individualizantes e de especialização para a área da medicina, com ênfase na medicina curativa e exclusão das práticas alternativas. Este fato contribuiu para o isolamento do ensino em relação ao serviço e à comunidade (LIMA, 2009; KOIFMAN, 2001).

Com vistas a mudar a forma com que se relacionavam as Universidades com as esferas de trabalho e comunidade, fruto do acordo do MEC e com a Agência americana USAID e da Lei da Reforma Universitária (1968), foram

criadas propostas de integração ensino-serviço no final da década de 70, entre elas o projeto IDA – Integração Docente-Assistencial (LIMA, 2009; AGUIAR, 2008).

O projeto IDA foi definido como a união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequados as reais necessidades da população, a produção de conhecimentos e a formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino. Foi marcada por um novo modelo de relações entre o ensino e a assistência, que era a proteção social, buscando reformulações do sistema de saúde com base nos princípios da universalização dos direitos, descentralização das decisões, unificação dos serviços, equidade na prestação dos benefícios e controle social sobre o sistema, ou seja avocando a comunidade a ter papel ativo nestas relações (MARSIGLIA, 1995 p. 17).

Ainda acerca da proposta do projeto IDA, não se defendia a existência de serviços próprios das universidades ou serviços de extensão universitária, mas sim uma integração das universidades com os serviços de saúde existentes, passando o ensino a ser realizado nos serviços públicos (MARSIGLIA, 1995).

Lima (2009) refere que o projeto IDA chamava à reflexão a necessidade de implementar mudanças nas relações entre:

- I. O serviço (unidades de saúde) e o ensino (universidades) tomando-se por base o espaço demográfico;
- II. As necessidades de saúde e o perfil do usuário de uma população;
- III. Exigência da participação da comunidade na conformação dos processos e práticas em saúde;
- IV. Incentivo a pesquisa considerando as características do serviço e não apenas o interesse da academia;
- V. Estimulo a experimentação de um novo modelo de ensino-aprendizagem que se baseava no diálogo entre o ensino e o serviço.

Dispondo estas ideias, estes elementos constituiriam uma estratégia para formação dos recursos humanos em saúde, ao favorecer mudanças de impacto nas matrizes curriculares dos diversos cursos, como, por exemplo, o que ocorreu no

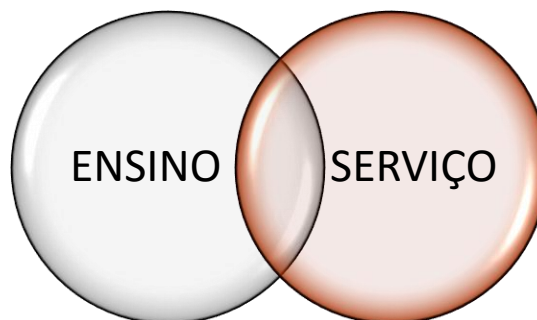
Curso de Medicina e de Enfermagem da UEL, além de subsídios para a construção do que seria o novo sistema de saúde do Brasil (LIMA, 2009; DESSUNTI *et al*, 2014)

Marsiglia (1995) refere que após avaliação do projeto IDA verificou-se que o termo “integração” não foi bem compreendido, pois cada uma das instituições (ensino ou serviços) não deveria perder sua identidade. Por outro lado, a ideia de “assistência” limitava a ação dos serviços, sem incluir as ações de promoção de saúde e autocuidado. E, por fim, a ideia “docente” restringia o campo, enfocando mais a ideia do “ensino” do que da “aprendizagem”.

Diante das dificuldades enfrentadas, o projeto IDA teve sua conformação alterada para uma rede, visando alcançar a integração da educação e o trabalho em saúde, que otimizasse os recursos e potencializasse resultados. Ao seguir a lógica de rede permitiu, ante as dificuldades do trabalho, incorporar ao seu funcionamento formas de relação mais espontâneas, voluntárias, de cooperação, de criatividade, mais informais, que acabaram efetivando-se por fora do setor, criando sistemas bem definidos, mas abertos nos seus limites (LIMA, 2009 p. 20; MARSIGLIA, 1995).

Para Marsiglia (1995) a Rede IDA-Brasil foi fundamental não só como apoio para cada experiência, mas também como oportunidade de integração e troca entre elas, como mostra a Figura 1. A rede teve um papel importante conseguindo alterar o contexto histórico no qual as Instituições de Ensino se encontravam, principalmente quebrando o isolamento destas com os serviços de saúde e com a comunidade.

Figura 1 - Diagrama da Rede IDA.



Fonte: Figura adaptada de Lima (2009).

Outro fato importante que impulsionou a trajetória de implementação da IESC na formação em saúde foi a criação do SUS, em 1988, pela Constituição Federal, o sistema de saúde de todos os brasileiros (BRASIL, 1988). O SUS surgiu

com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Mais do que oferecer medicina curativa, ele se propõe a promover a saúde, com prioridade para as ações preventivas e de promoção à saúde, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos a sua saúde. O SUS constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população (BRASIL, 2014).

Antes da criação do SUS, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum (BRASIL, 2014).

Paralelamente a criação do SUS, em 1987, a Fundação Kellogg decidiu apoiar alguns estudos sobre as condições de desenvolvimento de quatro importantes profissões da saúde: Medicina, Enfermagem, Odontologia e Administração de Saúde (MACHADO, 2002 p. 4).

Um desses estudos, realizado pela Associação Brasileira de Educação Médica, avaliou as experiências IDA e concluiu que, para que houvesse real articulação do ensino médico com os serviços de saúde, era preciso “transcender” o trabalho de um só departamento, ou de uma profissão, para obrigatoriamente envolver equipes multiprofissionais de estudantes, professores e profissionais dos serviços durante todos os anos do curso de graduação (MACHADO, 2002, p. 4). Além disso, o estudo alertou para a necessidade de se ampliar a participação da comunidade para fortalecer sua integração nos processos decisórios envolvidos na busca de uma melhoria do ensino e das condições dos serviços da saúde (MACHADO, 2002).

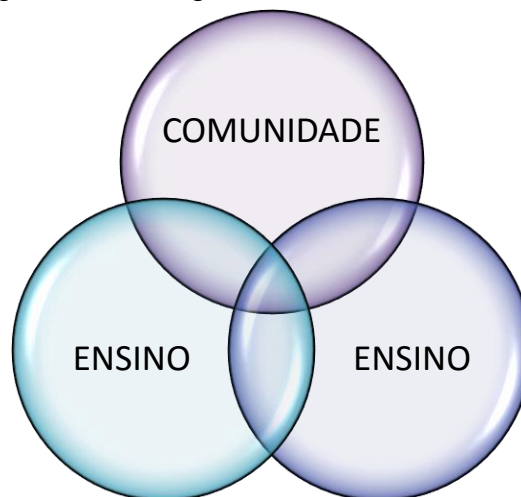
No início da década de 1990, a Fundação Kellogg lançou o que ficaria conhecido como Programa UNI – União com a Comunidade, cujos propósitos eram:-

- I. Estimular projetos de base comunitária que buscassem mudanças concomitantes na educação dos profissionais da saúde, na reforma do setor saúde, com ênfase nos sistemas locais, e na participação comunitária nas decisões que afetassem a sua qualidade de vida;

- II. Criar modelos de desenvolvimento desses três elementos para aperfeiçoá-los e disseminá-los por meio de uma estrutura de redes;
- III. E apoiar projetos que perseguissem os objetivos anteriores, desde sua formulação, implantação, avaliação e disseminação.

O Programa UNI, de certa forma, lançou para as escolas de saúde o desafio de apresentar e implementar projetos de mudanças na formação médica. Entre as inúmeras expectativas de mudança, esperava-se desenvolver metodologias de ensino que valorizassem a diversificação dos locais de ensino-aprendizagem, o treinamento em serviço e as experiências de aprendizagem em equipes multiprofissionais, gerando Integração entre Ensino-Serviço-Comunidade, como mostra a Figura 2 a seguir (NÓBREBA-THERRIEN et al, 2002).

Figura 2 - Diagrama do Programa UNI



Fonte: Figura adaptada de Lima (2009).

Em 1996, numa oficina de trabalho que reuniu 150 pessoas, foi definida uma nova identidade para a Rede (que tinha incorporado o projeto IDA), que passou a se chamar Rede UNIDA. Nesta ocasião foi construída uma agenda de trabalho que envolvia aspectos internos e também a identificação de temas e oportunidades de intervenção da Rede (FEUERWERKER, 2003). Portanto, a Rede Unida surgiu da necessidade política dos Projetos UNI e da falta de plena efetividade da Rede IDA. Havia também a necessidade de sistematizar as experiências já realizadas refletindo sobre as mesmas (LIMA, 2009).

Convergingo com a construção do SUS, a Rede UNIDA elegeu como objetivo de suas ações a Formação e Capacitação de Recursos Humanos em Saúde, Transformação do Modelo Assistencial e Participação Social (COSTA; KALIL; SADER, 1999). Os projetos que faziam parte da Rede Unida privilegiaram a interdisciplinaridade, o estudante como sujeito do processo de ensino-aprendizagem, a articulação entre teoria e prática e a relação com a comunidade baseada na participação social (FEURWERKER; SENA, 2002).

Neste sentido, a universidade, os serviços de saúde e comunidades dispostas a construir uma nova concepção de saúde, consoante às necessidades da população e adequadas aos perfis profissionais para o SUS, buscaram produzir mudanças significativas em seus contextos, engendradas pela identificação da relevância social das universidades e dos serviços, por meio da abertura a relações democráticas com a população usuária (FEURWERKER; SENA, 2002).

Outro fato importante foi que a Rede UNIDA proporcionou uma contribuição efetiva na estruturação e difusão das DCNs para a área da saúde, estabelecendo para cada curso, um projeto pedagógico com vistas a conformação de perfis para uma atuação qualificada em saúde (FONSECA, 1999).

Estas propostas possibilitaram que não só o profissional refletisse sobre a oferta do cuidado, mas também o estudante quando imerso nas unidades, ou em outros espaços de oferta de serviços em saúde, para realização dos estágios, refletisse e incentivasse os serviços a se organizarem para recebê-los e acompanhá-los, aproximando-os da realidade de saúde da população (SGUISARDI, 2000).

Medidas como a construção de currículos integrados, potencialização da articulação entre ensino, serviço e comunidade, incentivam os estudantes na reflexão sobre a ação e realidade em que estão inseridos, estimulando a procura por soluções para os problemas que se conformam na rotina, forjando um perfil profissional crítico, reflexivo e comprometido (FEURWERKER, 2002).

Portanto, a universidade teve o seu desenvolvimento crítico e investigativo estimulado por meio do exercício de integração dos currículos. Essa integração consistiu na flexibilidade de construção dos currículos para o enfrentamento de uma realidade complexa como a da saúde. Partindo do pressuposto de que a integração dos conteúdos iria ocorrer à medida que o estudante conhecesse a realidade vivenciada, o funcionamento dos serviços e as necessidades da população

por ele atendida. Com esse conhecimento os conteúdos seriam definidos de modo a dar respostas às realidades vivenciadas pelos discentes. Desse modo, os currículos seriam integrados à realidade observada (DESSUNTI et al., 2014; LIMA, 2009).

Desta forma, a IESC é um desafio complexo para a educação, que no sentido literal, trata da relação direta entre o ato ou efeito de integrar, tornar inteiro, possuir em sua constituição, ou ainda tornar-se parte de um conjunto ou de um grupo como é o caso dos centros formadores de graduação e pós-graduação, serviços de saúde e a participação social (DEMARZO et al, 2009; LIMA, 2009; ALBUQUERQUE et al., 2008;).

Do ponto de vista do ensino, esta concepção pretende aproximar os professores, estudantes e serviços (representado pelos trabalhadores de saúde) e comunidade, para construção de espaços para reflexão acerca do cuidado prestado, e ainda oportunizar aprendizagem significativa aos estudantes (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Neste contexto o CI de enfermagem da UEL foi construído, objeto de estudo desta pesquisa. Assim, apresentaremos a seguir uma breve retrospectiva da formação do enfermeiro e em seguida exploraremos o CI em estudo.

#### **4.3 FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE**

A formação profissional do Enfermeiro vem sofrendo sucessivas mudanças curriculares, a partir de amplas discussões de novas propostas pedagógicas, com o intuito de formar profissionais que atendam às necessidades dos serviços de saúde e da comunidade (COSTA; MIRANDA, 2010; SCHERER et al., 2006). Costa e Miranda (2010) reforçam que as instituições de ensino devem estar envolvidas com a formação de profissionais críticos, reflexivos, éticos e políticos, impulsionando a profissão e repercutindo positivamente na formação de enfermeiros, lançando mão de uma maior IESC.

Ito e colaboradores (2006, p. 571) afirmam que o

Significado da educação enquanto processo social extrapola a educação formal, aqui considerada como educação escolar em todos os níveis, pois necessita de sistematização para instrumentalizar indivíduos capazes de gerar e realizar as mudanças desejadas.

Os autores acima reafirmam a importância do tema transversal em estudo.

A formação do Enfermeiro passou por mudanças que buscaram as transformações do contexto político, social e econômico, assim como as transformações a que passaram a própria educação e a saúde no cenário nacional.

A construção do ensino por décadas sofreu influências da racionalidade técnica, na magnitude de conteúdos formais, cristalizados em grandes currículos, sempre priorizando a técnica em detrimento ao pensar, seguindo a ideia hegemônica do ensino hospitalocêntrico e curativo em relação ao cuidado (LOPES; COSTA SILVA; NÓBREGA-THERRIEN, 2015)..

Voltando um pouco na história, a trajetória em que se deu o ensino da Enfermagem no Brasil, data do ano de 1890, com o Decreto nº 791. O objetivo central era preparar enfermeiras para trabalhar nos hospícios civis e militares; essa escola seguia o modelo Salpêtrière, na França (BRASIL, 1890).

Todavia, o ensino oficial da Enfermagem Moderna no Brasil foi introduzido em 1923 pelo Decreto nº 16.300/23, no Rio de Janeiro, mediante a organização do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), então dirigida por Carlos Chagas e, posteriormente, denominada Escola Anna Nery” (ITO et al., 2006, p. 571).

Em 1926, as mudanças no ensino da enfermagem, ficaram no âmbito de se inserir mais disciplinas voltadas ao atendimento da pessoa doente, enfatizando o modelo biomédico. Nos anos 1949, 1960, 1962, 1972, 1991 houve mudanças de cunho mais significativo nos currículos que se propunham a formar o profissional de Enfermagem (LOPES; COSTA SILVA; NÓBREGA-THERRIEN, 2015).

Em 1949, a Associação Brasileira de enfermagem assumiu a responsabilidade de construir o currículo, que deu origem à Lei nº 775/49, que marcou a história da enfermagem e instituiu a formação do auxiliar de enfermagem (ABEN, 1949).

Em 1961 foi sancionada a Lei nº 4.024/61 que propôs ao curso de enfermagem a duração de quatro anos. Em 1962, o Parecer nº 271/62 anunciou o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem. As mudanças residiram na diminuição e duração do curso de enfermagem para três anos, acrescentando um

quarto ano optativo para especializações, inserindo no currículo a disciplina de Saúde Pública (BRASIL, 1962).

Em 1968, o Congresso Nacional aprovou a reforma Universitária fixando normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola básica. Depois de tantos “embates” e avanços na construção do currículo, surge a Portaria nº 1.721/94, de 15 de dezembro de 1994, emanada do MEC (BRASIL, 1968; BRASIL, 1994).

A partir deste momento foi estabelecido um

Novo currículo mínimo para o Curso de Enfermagem e definido o perfil do enfermeiro generalista, com formação para atuar em quatro áreas: assistência, gerência, ensino e pesquisa, mas com visão de assistência holística (BRASIL, 1994, p. 65).

O Parecer nº 163 de 1972, reformulou mais uma vez o currículo de enfermagem adicionando as seguintes habilitações: Saúde Pública, Enfermagem Médico Cirúrgico e Obstetrícia (BRASIL, 1972).

Em 2001, foram lançadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos na área da saúde (BRASIL, 2001), que incorporaram aspectos fundamentais a serem adotados nos currículos dos mesmos. Dentre as orientações ao Curso de Graduação em Enfermagem, são apontadas, entre outras: assegurar, na estrutura do curso, a articulação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência, de modo a garantir um ensino crítico, reflexivo e criativo. Com isso, espera-se, como resultado, um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva (FRANQUEIRO, 2002).

Observamos ao longo da história da formação do enfermeiro, a IESC gradativamente foi ganhando espaço e se constitui ainda, um desafio a ser alcançado de maneira mais concreta.

#### **4.4 O CURRÍCULO INTEGRADO DE ENFERMAGEM – O CASO EM ESTUDO**

Inserido neste processo de evolução histórica da Enfermagem no cenário nacional está o Curso de Enfermagem da UEL, que nasceu em 1972. Desde então tem se comprometido a inovar com vistas a formar profissionais de enfermagem compromissados a intervir na realidade de saúde da população no âmbito primário,

secundário e terciário, sempre com o objetivo de melhorar esta realidade (DESSUNTI, 2014 p. 19).

Acompanhando as mudanças do cenário nacional, em 1994, construiu uma nova proposta pedagógica chamada currículo de transição, desenvolvido nos anos de 1996 a 1999, com inúmeros desafios, tais como: “a fusão de disciplinas, seminários temáticos por série, abordagem integral do ser humano, maior articulação com os serviços, inserção do aluno em campos práticos, desde a primeira série e adoção de metodologias ativas de ensino e aprendizagem” (GUARIENTE et al., 2014. p. 36; DESSUNTI et al., 2014 p. 19).

Em 1998 e 1999, ocorreram atividades de capacitação com os docentes, estudantes, profissionais de serviços e representantes da comunidade com vistas a se discutir os temas do futuro currículo integrado, entre esses temas teve destaque a aprendizagem significativa e a metodologia problematizadora. Também foram realizadas oficinas com o objetivo da construção de uma árvore temática para o curso.

Desta forma, o curso de Enfermagem passou por sete reformulações curriculares desde a década de 1970 até os dias atuais. E, a última, em 1999, consistiu na elaboração do CI, que foi aprovado em 10 de dezembro do mesmo ano e implantado no ano 2000 (GARANHANI et al., 2014).

Esta proposta instaurou uma integração com os diferentes saberes, valorizando, no processo de ensino e aprendizagem, a ação-reflexão-ação. A construção do conhecimento parte dos conhecimentos prévios dos acadêmicos, permeando pelos novos saberes, habilidades e pensamento crítico (SILVA, 2013). Este projeto pedagógico tem sido e continua sendo um grande desafio para professores e alunos, na busca de atender às necessidades da saúde da população, inserido no mundo do trabalho em saúde.

O CI é entendido como uma proposta educativa que integra dimensões epistemológicas, culturais e filosóficas, interagindo complexa e continuamente com o homem, permeado transversalmente pela ética, se configura como a representação do compromisso social da instituição de ensino com as demandas da sociedade contemporânea. Em síntese, é o ambiente educacional em ação, um processo dinâmico e vivo (ROSSI; GIACOMINI, 2004).

O CI do Curso de Enfermagem da UEL caracteriza-se pelo desenvolvimento da aprendizagem crítica reflexiva, da autonomia e da responsabilidade de seus alunos, com a utilização de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, a integração das áreas do conhecimento do ciclo básico e clínico, a interdisciplinaridade, entre outros (GARANHANI et al., 2013). Contempla também, conhecimentos, habilidades e atitudes em quatro domínios propostos por Delors e colaboradores. (1999): o aprender conhecer, o aprender fazer, o aprender ser e o aprender conviver, compreendendo que essas vias do saber se constituem em apenas uma, ou seja, existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta.

Todas as séries do curso são estruturadas em módulos interdisciplinares, com unidades temáticas de ensino. Nesses módulos, as atividades se desenvolvem em torno de conceitos-chave, para que desempenhos essenciais na formação do enfermeiro sejam alcançados. Assim, o estudante pode obter maior amplitude e profundidade em relação aos conteúdos, de maneira gradual. Atualmente, a matriz curricular possui 18 módulos.

Quadro 1 – Matriz curricular do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Londrina – PR, Brasil, 2012.

1º série		2º série		3º série		4º série	
A		Práticas do Cuidar		Saúde do Adulto II		Doenças Transmissíveis: Prevenção e Cuidado	
Universidade e o Curso de Enfermagem da UEL	P	Organização dos Serviços de Saúde e Enfermagem	P	Saúde da Criança e do Adolescente	T	Saúde Mental: Ações de Enfermagem nos Diversos Níveis de Assistência Cuidado ao Paciente Crítico	T
Processo Saúde-Doença	N		N		C		C
Aspectos morfofisiológicos e psíquicos do ser humano	I	Saúde do Adulto I	II	Saúde da Mulher e Gênero	I	Internato de Enfermagem	II

Extraído de: DESSUNTI et al., 2014

O conhecimento no CI está estruturado do geral para o específico, em níveis crescentes de complexidade e em sucessivas aproximações, para dar sustentação à construção de sequências de conteúdos, definidos a partir das competências a serem alcançadas. Assim, novos conhecimentos e habilidades são introduzidos em outros momentos, de modo a retomar o que já se havia internalizado

e a manter as interligações com o aprendizado prévio (DESSUNTI et al., 2012; GARANHANI).

Um currículo representa um plano pedagógico e institucional que orienta a aprendizagem dos alunos de forma sistemática. O CI articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, de modo que representa uma possibilidade adequada para a formação em saúde. Outro aspecto importante do CI é que o aluno é visto como um sujeito ativo, reflexivo, criativo e solidário. Para isso, devem se criar condições para que o estudante consiga construir ativamente o seu próprio conhecimento (ARAUJO; MIRANDA; BRASIL, 2014).

Os professores do CI, influenciados pela LDB (BRASIL, 1996) e pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) (Brasil, 1998), debateram e selecionaram temas transversais para serem desenvolvidos ao longo das quatro séries (DESSUNTI et al., 2014). Conforme descrito nos PCN publicados pela Secretaria de Educação Fundamental, os temas transversais são conteúdos a serem desenvolvidos em diferentes áreas temáticas, de maneira integrada. Quando estes temas são assim desenvolvidos, a complexidade de cada um pode ser preservada, evitando-se a perda que uma abordagem individual, por área, ocasionaria ao conhecimento (BRASIL, 1998).

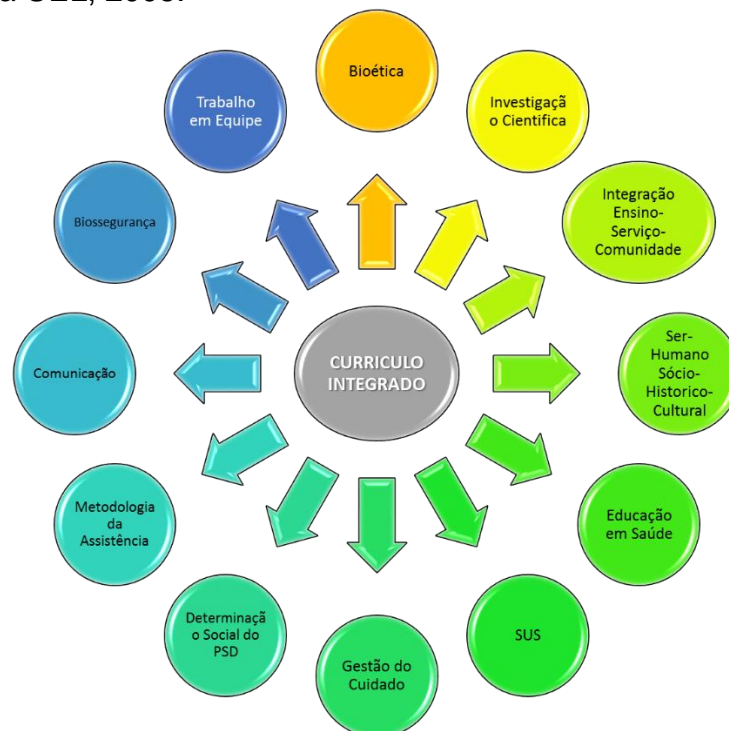
Estes temas foram denominados seivas pelos docentes do CI. As *seivas* mantêm o mesmo significado dos temas transversais, portanto serão tratadas neste estudo como temas transversais, ou seja, são conteúdos que transpassam todas as séries de maneira crescente, articulados com os desempenhos essenciais a serem atingidos pelos estudantes. Esse termo foi adotado em analogia às seivas das plantas, que percorrem toda sua estrutura, desde a raiz, passando pelo caule, pelas folhas e flores e pelos frutos (GUARIENTE et al., 2014). Elas tratam de conceitos essenciais que devem estar presentes em todos os módulos interdisciplinares, com maior ou menor grau de aproximação, de maneira a favorecer a incorporação por parte dos estudantes, no decorrer das séries até a formação profissional (GARANHANI et al., 2013).

Quando da implantação do CI em 2000, foram estabelecidos os seguintes temas transversais: Comunicação; Processo Saúde-Doença; Determinação Social; Gerência de Enfermagem; Processo do Cuidar; Sistema Único de Saúde;

Integração e Ensino-Serviço-Comunidade; Homem Histórico; Trabalho em Equipe; Investigação Científica; Educação em Saúde e Bioética (GUARIENTE et al., 2014).

Em junho de 2005, o Colegiado do Curso de Enfermagem, responsável pela gestão do CI, em parceria com todos os departamentos relacionados ao curso de enfermagem da UEL (GUARIENTE et al., 2014), promoveu uma oficina com seus professores, os quais optaram por rever os temas transversais, o que resultou na proposição de algumas alterações: Ser Humano Sócio-Histórico-Cultural; Determinação Social do Processo Saúde-Doença; Sistema Único de Saúde; Gestão do Cuidado; Metodologia da Assistência; *Integração Ensino-Serviço-Comunidade*; Educação em Saúde; Comunicação; Investigação Científica; Trabalho em Equipe; Bioética e Biossegurança (DESSUNTI et al., 2014). A composição atual dos temas transversais está apresentada na Figura 4. Observamos que a IESC já existia na primeira proposta e foi mantida também na atual.

Figura 4 – Temas Transversais do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da UEL, 2005.



**Fonte:** Adaptado de Guariente et al. (2014)

O tema transversal IESC é conceituado neste currículo como a articulação entre os centros formadores de graduação e pós-graduação com os serviços de saúde nos diversos níveis de atenção e esferas governamentais e a participação social nesse processo (GUARIENTE et al, 2014).

Assim, a partir de nossas inquietações iniciais retomamos o objetivo em buscar compreender como o tema transversal IESC esta sendo desenvolvido em um currículo integrado nas percepções dos estudantes. A seguir, apresentamos alguns princípios do educador Edgar Morin que subsidiaram a análise dos resultados.

#### **4.5 ALGUNS PRINCÍPIOS DO PENSAMENTO COMPLEXO DE EDGAR MORIN**

Para analisar o desenvolvimento da IESC, como tema transversal na Formação profissional dos estudantes do CI do Curso de Enfermagem da UEL utilizou-se alguns aspectos do pensamento complexo, de Edgar Morin. Ele é considerado um dos maiores pensadores dos séculos XX e XXI, e o pensamento complexo proposto por ele, justamente retrata “aquilo que é tecido junto”, como é o caso da IESC. É ainda, referência no campo da educação com suas propostas de reforma do pensamento, do ensino, da universidade, dos paradigmas acadêmicos de formação dos homens. É pioneiro nos estudos da comunicação do ponto de vista da sociologia compreensiva. Edgar Morin nasceu em Paris, no ano de 1921, é filho único do comerciante Vidal Nahoum e de Luna Beressi, que faleceu dez anos após seu nascimento. Após a morte da mãe, o menino passa a ser criado por seu pai, com o qual não tem muita afinidade, e por uma tia materna. Formou-se em História e Direito, anos depois, durante a Segunda Grande Guerra Mundial 1939–45, participou ativamente no movimento de resistência francesa, durante a ocupação nazista na França. Estudou Sociologia e filosofia. Em suas obras aperfeiçoou inúmeros estudos sobre o tema, entre eles destacam-se: O método, composto por seis volumes; Introdução ao pensamento complexo e Os sete saberes necessários à educação do futuro (MORIN, 2015).

É pesquisador emérito do CNRS - Centro Nacional de Pesquisa Científica (MORIN, 2015). Optou-se por utilizar este referencial, pois se acredita, assim como o autor, que o ensino, para ser efetivo, deve buscar o conhecimento pertinente, respeitando sua complexidade, que é contrária à fragmentação e à excessiva disciplinarização e especialização (MORIN, 2015; MORIN; ALMEIDA; CARVALHO, 2009).

A complexidade retratada por Morin fornece subsídios para o entendimento da condição humana e o uso dos operadores da Complexidade, Dialógico, Recursivo e o Hologramático, que se adequam ao estudo sobre as

percepções dos estudantes. Assim, ocorreu nossa opção vislumbrando o contexto, a interação e os elementos que possam estar permeando a aprendizagem deste tema transversal.

O conceito de complexo, no pensamento de Edgar Morin, refere-se ao que é “tecido junto” (MORIN, 2015, p. 15). Apesar de parecer contraditório, ao se analisar a etimologia da palavra, o termo complexo origina-se do latim *complexus*, que embute essa conotação de teia. Assim, não se refere a algo que não é simples, mas sim ao que é inseparável.

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

Esse método complexo pretende alinhar o que estava fragmentado desde o método de Descartes, em busca da articulação entre conhecimentos que estavam separados. Portanto, a complexidade é um modelo de conhecimento baseado em um método (MORIN, 2015).

Existe complexidade, de fato, quando os componentes que constituem um todo (o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico, entre outros) são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, e entre o todo e as partes. Para Morin, os desenvolvimentos próprios do presente século e da vigente era planetária confrontam, inevitavelmente, o homem, com mais e mais frequência, frente aos desafios da complexidade (MORIN, 2015 p.14).

A complexidade diz respeito à busca por um “pensamento capaz de respeitar a multidimensionalidade, a riqueza, o mistério do real; e de saber que as determinações – cerebral, cultural, social, histórica – que impõem a todo pensamento, co-determinam sempre o objeto de conhecimento” (MORIN, 2015, p.14). Assim, ela propõe uma forma de se lidar com os fenômenos por meio de uma razão que opera em termos sistêmicos e dialógicos (MORIN, 2015). A dialogia traz à tona uma questão que o método cartesiano não consegue abarcar, que é a dicotomia relacionada à natureza humana. Essa separação de características humanas em polos opostos ou contraditórios, como a matéria e o espírito, o corpo e a mente, a emoção e a razão, e a animalidade e a humanidade, dificulta a compreensão humana. Essa concepção de

ser humano determinou o modo de vida da cultura ocidental, pelo menos, nos dois últimos milênios (MORIN, 2015).

#### **4.5.1 Operadores da Complexidade**

Morin relata que no pensamento complexo existe a necessidade dos operadores da complexidade, que são eles: Operador dialógico e não dialético; operador recursivo ou da recursividade e; operador do holograma ou hologramático.

##### **A - Operador Dialógico**

O operador dialógico envolve juntar coisas, entrelaçar coisas, que aparentemente estão separadas, como por exemplo: razão e emoção, o sensível e o inteligível, o real e o imaginário, a razão e os mitos, a ciência e as artes, as ciências humanas e as ciências da natureza. Todas essas dualidades são dialógicas, ou seja, aparentemente separadas porém juntas, tratando-se aí do pensamento complexo.

O princípio dialógico é aquele que afirma que, na realidade, há forças opostas ou contrárias sempre atuando e que são, por necessidade de funcionamento do real, ao mesmo tempo, complementares. Lutam entre si e, nessa luta mantêm a realidade funcionando. Para Morin (2015, p. 78) é a “unidade complexa entre duas lógicas, entidades ou instâncias complementares, concorrentes e antagônicas que se alimentam uma da outra, se completam, mas também se opõem e combatem”.

O autor exemplifica mostrando que, na organização viva isso ocorre quando se constata que para ela se manter é necessário que haja o encontro antagônico e complementar de dois tipos de proteínas; um que tende à estabilidade e que garante a reprodução; outro que tende à destruição e à modificação constante das células. Ambas são necessárias à vida, assim como a tensão de oposição entre elas, que garante o movimento do viver. Outro exemplo é o dos conflitos entre gerações, por exemplo, entre pais e filhos e, ao mesmo tempo a necessidade de entendimentos entre eles. É nessa tensão que todos se constituem (MORIN, 2000).

A realidade complexa de Morin é uma realidade, por necessidade, conflituosa. O movimento conflituoso, dialógico, é o que faz tudo, inclusive a vida. Paralelamente, podemos fazer menção ao tema transversal IESC, objeto de estudo desta pesquisa, considerando que a IESC é muitas vezes conflituosa, construindo e

reconstruindo, juntando e separando, e buscando a complementariedade entre suas instâncias, sejam eles o Ensino, o Serviço e a Comunidade.

### **B - Operador Recursivo,**

Nas palavras de Morin, o operador recursivo “é um processo em que os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, causas e produtores daquilo que os produziu” (MORIN 2015). Afirmar o operador recursivo é afirmar que na realidade há processos nos quais efeitos podem ser causadores de suas causas. Ou seja, é negar o determinismo linear. Os efeitos são causados, mas eles são também causas daquilo que os produz numa circularidade recursiva.

Um exemplo pode ser visto na produção da sociedade. As interações dos indivíduos produzem a sociedade, mas a sociedade, por seu turno, produz também os indivíduos, marcando-os com certas características. O indivíduo se realiza conforme um:

Anel de produção mútua indivíduo/sociedade no qual as interações entre indivíduos produzem a sociedade; esta constitui um todo organizador, cujas qualidades emergentes retroagem sobre os indivíduos incorporando-os (MORIN, 2005b, p.167).

Esta ideia também aplica-se ao tema IESC. Os profissionais tanto do Ensino quanto dos Serviços, bem como estudantes e usuários da Comunidade interagem de tal forma que nem um, nem outro serão os mesmos, pois todos de alguma forma participam da produção tanto da aprendizagem quanto do cuidado em saúde e são também afetados por estas mesmas produções. Os indivíduos produzem as sociedades nas interações e estas, à medida que surgem, produzem a humanidade desses indivíduos, provendo-lhes a cultura e a linguagem. Para Morin “Se não houvesse uma sociedade e a sua cultura, uma linguagem, um saber adquirido, não seríamos indivíduos humanos”. Esse princípio rompe com a ideia linear de causa e efeito, uma vez que o efeito retorna sobre a causa em um ciclo auto-organizador e produtor (MORIN, 2012 p.108).

### **C – Operador Hologramático,**

É um princípio derivado da ideia do holograma. “Um holograma é uma imagem em que cada ponto contém a quase totalidade da informação sobre o objeto representado” (MORIN, 2012 p. 105). Cada ponto, ou cada parte de um todo, traz a

quase totalidade da informação do todo. “O princípio hologramático significa que não apenas a parte está num todo, mas que o todo está inscrito, de certa maneira, na parte” (MORIN, 2012 p. 102). Morin, ainda dá como exemplo a célula de um ser vivo. No ser humano cada célula carrega quase toda a informação da totalidade de cada ser humano. Cada membro de uma sociedade carrega em si mesmas características básicas dessa sociedade. Isso indica o aparente paradoxo dos sistemas em que a parte está no todo e o todo está inscrito na parte, ou seja, o indivíduo está na sociedade e esta, por intermédio da cultura, da linguagem e das normas, do ensino, dos serviços de saúde e da própria comunidade está em cada indivíduo. Assim, “cada célula é uma parte de um todo – o organismo global –, mas também o todo está na parte: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual” (MORIN, 2006a, p.94).

#### **4.5.2 Os sete saberes à Educação do Futuro**

Na década de 1990, Morin foi convidado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), para apresentar os principais temas que não poderiam faltar na formação do cidadão do século XXI. Esse estudo deu origem ao livro: Os sete saberes necessários à educação do futuro Os sete saberes propostos são: As Cegueiras do Conhecimento: o erro e a ilusão; Princípios do Conhecimento Pertinente; Ensinar a Condição Humana; Ensinar a Identidade Terrena; Enfrentar as Incertezas; Ensinar a Compreensão; A Ética do Gênero Humano (PINTO, 2015; MORIN, 2000).

Assim, a UNESCO se propôs a desenvolver uma reflexão sobre as bases que deveriam dar suporte a uma política de educação que considerasse os dados das diversas realidades das pessoas e apontasse alternativas em direção ao exercício pleno da cidadania em diferentes condições e cenários da sociedade. O Relatório Final da comissão derivou em uma ampla reflexão sobre o novo cenário da mundialização das atividades humanas e suas implicações para a política educacional e no estabelecimento de alguns pilares para a educação no século XXI (PINTO, 2015). Esses pilares são: Aprender a Conhecer; Aprender a Fazer; Aprender a Viver Juntos; e Aprender a Ser (PINTO, 2015; DELORS, 1998). A primeira publicação do relatório, no Brasil, em 1998, teve o apoio do Ministério da Educação.

Utilizaremos neste estudo dois dos setes saberes propostos por Edgar Morin: o conhecimento pertinente e o ensino da compreensão humana.

### **I - Conhecimento pertinente**

Ter conhecimento da atualidade e do mundo, frente aos problemas e desafios impostos por ele, por mais complexo que seja, é necessariamente vital. A era planetária precisa situar tudo no complexo e no contexto planetário. Para isso, é necessário que se articulem e organizem os conhecimentos, para que se possa reconhecer os problemas mundiais. A questão fundamental da educação é a reforma paradigmática e não programática do pensamento.

Pensar de forma complexa é estar apto a compreender o real que nos cerca, que desde a gênese do universo foi algo complexo e, portanto, incerto e caótico. A complexidade revela-se na dinâmica da evolução do universo e da vida. É necessário um pensamento que seja capaz de captar essa rede complexa inerente à lógica da realidade. Por isso, as leis e categorias da complexidade pretendem perceber e apreender as leis da vida. Nas palavras de Morin:

Se quisermos um conhecimento segmentário, encerrado a um único objeto, com a finalidade única de manipulá-lo, podemos então eliminar a preocupação de reunir, contextualizar, globalizar. Mas, se quisermos um conhecimento pertinente, precisamos reunir contextualizar, globalizar nossas informações e nossos saberes, buscar, portanto, um conhecimento complexo (MORIN, 2015, p. 566).

Para que o conhecimento seja pertinente, a educação deverá evidenciar: o contexto, o multidimensional, o global e o complexo, de modo a favorecer uma educação que promova a “inteligência geral”, capaz de referir-se ao complexo e ao contexto, de maneira multidimensional e dentro da concepção global (MORIN, 2015).

**O contexto:** O conhecimento de informações isoladas é insuficiente, assim, há a necessidade de se situar os dados em seu contexto para que carreguem significados. “A evolução cognitiva não caminha para o estabelecimento de conhecimentos cada vez mais abstratos, mas, ao contrário, para sua contextualização” (MORIN, 2015; PINTO, 2015).

**O multidimensional:** Unidades complexas compreendem variadas dimensões em sua existência. O conhecimento pertinente deve abarcar não apenas o não isolamento da parte do todo, mas também o não isolamento das partes, umas

das outras. Assim, o ser humano é, ao mesmo tempo, biológico, psíquico, social, afetivo e racional, e, a sociedade comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica e religiosa, e tudo isso acontece simultaneamente (MORIN, 2015).

**O global:** refere-se às relações entre o todo e as partes, que são ligadas ao todo de maneira que uma retroage sobre a outra. Assim, uma sociedade é mais que um contexto, é o todo organizador e desorganizador do qual faz parte o homem. O todo possui características que não são encontradas nas partes isoladas, ao mesmo tempo que, as qualidades e propriedades das partes podem ser bloqueadas pelos limites provenientes do todo, isto é, existe a presença do todo no interior das partes (MORIN, 2002). “É impossível conhecer o todo, sem conhecer a particularidade das partes e conhecer as partes, sem conhecer o todo” (MORIN, 2015; PINTO, 2015).

## **II – Ensino da compreensão humana**

Morin (2000, p. 63) fala que é preciso compreender a condição humana no mundo como a condição do mundo humano. A compreensão humana chega quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos. O sujeito humano é complexo por natureza e por definição (FLOTTER, 2015; MORIN, 2000).

A compreensão é a um só tempo meio e fim da comunicação humana. Entretanto, a educação para a compreensão está ausente no ensino. O planeta necessita, em todos os sentidos, de compreensão mútua. Considerando a importância da educação para a compreensão, em todos os níveis educativos e em todas as idades, o desenvolvimento da compreensão pede a reforma das mentalidades. Esta deve ser a obra para a educação do futuro (PINTO, 2015; MORIN, 2005).

A compreensão mútua entre os seres humanos, quer próximos, quer estranhos, é daqui para a frente vital para que as relações humanas saiam de seu estado bárbaro de incompreensão. Portanto, decorre a necessidade de estudar a incompreensão a partir de suas raízes, suas modalidades e seus efeitos. Este estudo é tanto mais necessário porque enfocaria não os sintomas, mas as causas do racismo, da xenofobia, do desprezo. Constituiria, ao mesmo tempo, uma das bases mais seguras da educação para a paz, à qual estamos ligados por essência e vocação (MORIN, 2009).

Há duas formas de compreensão: a compreensão intelectual ou objetiva e a compreensão humana intersubjetiva. Compreender significa

intelectualmente apreender em conjunto, *comprehendere*, abraçar junto (o texto e o seu contexto, as partes e o todo, o múltiplo e o uno). A compreensão intelectual passa pela inteligibilidade e pela explicação. Explicar é considerar o que é preciso conhecer como objeto e aplicar-lhe todos os meios objetivos de conhecimento. A explicação é necessária para a compreensão intelectual ou objetiva (MORIN, 2009).

Mas a compreensão humana vai além da explicação. A explicação é bastante para a compreensão intelectual ou objetiva das coisas anônimas ou materiais. A compreensão humana comporta um conhecimento de sujeito a sujeito. Por conseguinte, se vemos uma criança chorando, nós a compreendemos, não pelo grau de salinidade de suas lágrimas, mas por buscar em nós mesmos nossas aflições infantis, identificando-a conosco e identificando com ela. Compreender inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção. Sempre intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade (MORIN, 2009).

Há múltiplos obstáculos exteriores à compreensão intelectual:

- I. O "ruído" que interfere na transmissão da informação, criando o mal-entendido ou não-entendido;
- II. A polissemia de uma noção que, enunciada em um sentido, é entendida de outra forma;
- III. Há a ignorância dos ritos e costumes do outro, especialmente os ritos de cortesia, o que pode levar a se ofender inconscientemente ou desqualificar a si mesmo perante o outro (diversidade cultural);
- IV. Existe a incompreensão dos valores imperativos propagados no seio de outra cultura - respeito aos idosos, crenças religiosas, obediência incondicional das crianças, ou, ao contrário, em nossa sociedade, o culto ao indivíduo e o respeito às liberdades;
- V. Há a incompreensão dos imperativos éticos próprios a uma cultura, o imperativo da vingança nas sociedades tribais, o imperativo da lei nas sociedades evoluídas;
- VI. Existe a impossibilidade, enquanto visão de mundo, de compreender as idéias e os argumentos de outra visão de

mundo, assim como uma ideologia/filosofia compreender outra ideologia ou filosofia;

- VII. Existe, enfim, a impossibilidade de compreensão de uma estrutura mental em relação à outra.

O egocentrismo também dificulta a compreensão, na medida em que fertiliza o autoengano, pois o indivíduo tapeia a si mesmo e culpa o outro por seus males. O autoengano é um jogo que alterna mentira e sinceridade, convicção e duplicidade, levando o sujeito a perceber, de maneira pejorativa, o que as pessoas dizem ou fazem. Quando se autoengana, o indivíduo seleciona questões desfavoráveis dos outros, eliminando o que lhes é favorável, fato que interfere na compreensão entre as pessoas, devido à incompreensão de si próprio. Quando encobre as próprias fraquezas, o homem se torna implacável com as fraquezas dos outros. O ego hipertrofiado e alimentado pela necessidade de consagração torna-se necrosado, ao invés de mais compreensivo (PINTO, 2015; MORIN, 2009).

A potência destruidora do etnocentrismo e do sociocentrismo é outro obstáculo à compreensão, já que pode deletar, no estranho, a qualidade de ser humano. O combate real ao etno e sociocentrismo seria a luta contra a ascendência ego-sócio-cêntrica do racismo, não somente a seus sintomas propriamente ditos (PINTO, 2015; MORIN, 2009).

Outro obstáculo para a compreensão é o espírito redutor, que restringe a noção do complexo à noção de cada um dos elementos do complexo. Esse modo de pensar, aliado à incompreensão, que motiva a redução da personalidade, ainda é predominante, e suas consequências são piores no âmbito da ética do que no do conhecimento físico. Se um organismo se mostrar com um de seus traços oportuno, não se conhecerá os aspectos negativos dessa personalidade, mas quando esse traço se mostrar desfavorável, não se conhecerá seus traços positivos. Nos dois casos, haverá incompreensão.

Para a compreensão humana, não se pode reduzir o ser humano a seu erro, mesmo que o tenha cometido inúmeras vezes. O pensamento que abstrai do ser humano suas outras facetas, além do erro que cometeu, afasta o indivíduo de seu complexo e de sua humanidade, devido a esse único quesito. A crença em verdades absolutas destrói a possibilidade de compreensão das verdades de outras pessoas.

Os maiores entraves à compreensão são fundados por composições estruturais, radicadas de maneira permanente no espírito humano, como o egocentrismo, a autojustificação, o autoengano, as possessões e reduções e a vingança. Essas características não podem ser extraídas do ser humano, mas devem ser superadas. A união das incompreensões, intelectual e humana, individual e coletiva, constitui um empecilho para que as relações entre indivíduos, grupos, povos e nações possam ser melhoradas. As compreensões intelectuais e humanas podem ser alcançadas por meio do desenvolvimento das vias intelectuais e éticas (PINTO, 2015; MORIN, 2000).

A ética da compreensão exige que esta seja efetivada de modo desinteressado, pela proposição de argumentos ao invés de reprovações, não esperando reciprocidade. Ela solicita que se compreenda a incompreensão. A compreensão não desculpa nem acusa. Antes de se condenar, deve-se compreender. O único caminho para a humanização das relações humanas é a compreensão (MORIN, 2005).

O “bem pensar” é um dos fatores que favorecem a compreensão, pois permite apreender, em conjunto, o texto e o contexto, o ser e seu meio ambiente, o local e o global, o multidimensional e, conseqüentemente, o complexo, ou seja, as condições objetivas e subjetivas do comportamento humano. A introspecção também beneficia a compreensão, pois se utiliza da prática mental do autoexame crítico, que nada mais é do que a compreensão das próprias fraquezas e falhas, para que se possa entender que todos necessitam de mútua compreensão. Só assim será possível, ao homem, julgar seu próprio egocentrismo e, desse modo, não assumir a posição de juiz de todas as coisas (MORIN, 2009).

Para que se compreenda o outro é necessário que se tenha consciência da complexidade humana, de maneira a evitar a redução do ser à menor parte dele próprio ou a um fragmento de sua vida. É importante também que se tenha uma abertura subjetiva e simpática em relação ao outro, não somente aos mais próximos, mas que esse privilégio se estenda aos demais (MORIN, 2009).

Outro ponto-chave para a compreensão humana é a interiorização da tolerância, o que não significa ser indiferente a ideias ou ceticismos, mas assumir convicções e, ao mesmo tempo, aceitar convicções contrárias. A tolerância sugere: angústia em suportar ideias contraditórias e calar ao invés de proferir, contrariamente,

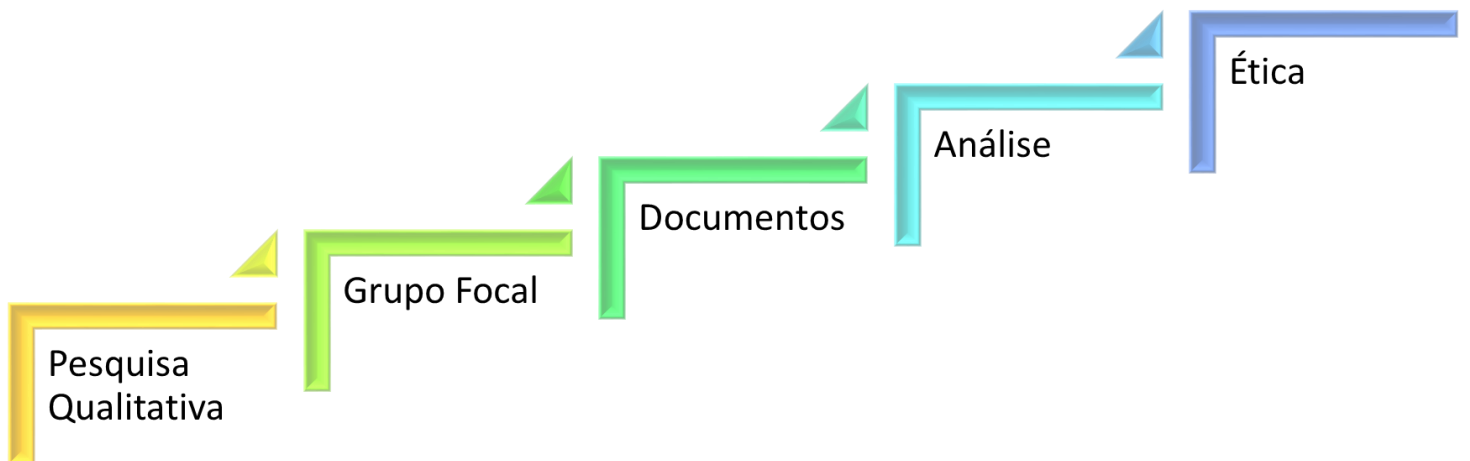
em relação a propósitos que parecem abomináveis. Isso não significa respeitar o conflitante, mas evitar que a concepção própria seja imposta sobre o ignóbil, de modo a coibir sua fala. Outro fato relevante em relação à tolerância é que ela é intrínseca à opção democrática, já que a democracia se sustenta de opiniões antagônicas e diversas, dessa maneira, exige que haja respeito à expressão de ideias as mais diversas. Outro fator importante relacionado à tolerância é o entendimento de que há uma verdade na ideia contraditória e que é preciso respeitá-la. Outra nota em relação à tolerância é a “consciência das possessões humanas pelos mitos, ideologias, ideias ou deuses, assim como da consciência das derivas que levam os indivíduos bem mais longe, a lugar diferente daquele onde querem ir” (MORIN, 2000, p 102). A tolerância que se defende aqui é relacionada a ideias, não a insultos, agressões ou atos homicidas (MORIN, 2000).

Assim, no estudo da percepção dos estudantes acerca da IESC sob a ótica de Morin, observa-se uma possibilidade de aprofundamento. Podemos empreender um movimento reflexivo em que conceitos logicamente antagônicos podem ser aproximados, unidos, em busca de uma interligação entre os mesmos, sem retirá-los do contexto em que estão inseridos.

Neste sentido, o processo de ensino e aprendizagem se aproxima da noção de ecologia da ação, segundo a qual toda ação, uma vez iniciada, em seu meio cheio de intervenções, pode resultar em um resultado contrário ao esperado, pois as consequências das ações são imprevisíveis (FLOTTER, 2015; MORIN, 2000).

Analisar a formação para o entendimento da IESC, no CI, sob a perspectiva do pensamento complexo, justifica-se pelo fato de que, ao longo do curso, há uma busca constante de contextualização dos elementos que constituem tal saber. Isso permite a fuga da fragmentação e dos conhecimentos desunidos, como propõe Morin, e leva os acadêmicos, vistos como seres complexos e dotados de características ambíguas, a compreenderem o tema com maior pertinência, à medida que novos conhecimentos são apresentados ao longo do curso.

# TRAJETÓRIA METODOLÓGICA



## 5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório compreensivo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Pesquisas com abordagem qualitativa são entendidas como capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2008).

O objetivo da pesquisa exploratória é proporcionar maior familiaridade com o problema, visando a torná-lo explícito. Este tipo de estudo pode envolver levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (GIL, 2010).

Estudos compreensivos buscam desvelar a complexidade dos contextos, segundo o ponto de vista dos diferentes atores e grupos estudados (MINAYO, 2008). Seu foco é a experiência vivenciada pelo ser humano, que possui uma realidade complexa. A relação entre o investigador e os sujeitos acontece por meio do encontro e da empatia entre ambos, no contexto social do entrevistado. Os resultados apresentam o ponto de vista dos atores sobre sua realidade, sem generalizações sociais, mas com a possibilidade de fazer inferências mais abrangentes que outras análises (MINAYO, 2008).

O estudo de caso, de acordo com Yin (2015, p.39), “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes”. O estudo de caso justifica-se quando as questões de investigação são do tipo “como”, “por quê” e, ainda, quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre o contexto (CARVALHO et al., 2012).

Desta forma, buscou-se compreender como o tema transversal Integração Ensino-Serviço-Comunidade esta sendo desenvolvido em um Currículo Integrado na ótica dos estudantes. Para isso, o CI da UEL foi selecionado para a unidade de análise neste estudo de caso.

## **5.2 LOCAL DE ESTUDO**

O local selecionado para o estudo foi o Curso de Enfermagem da UEL, instituição de ensino Superior situada no norte do Paraná, na cidade de Londrina. Sediada no Centro de Ciências da Saúde (CCS), juntamente com outros quatro cursos da área de saúde, a Enfermagem é um dos 54 cursos de graduação da Universidade Estadual de Londrina.

Atualmente, o curso oferece 60 vagas anuais, para o ingresso dos candidatos aprovados pelo processo vestibular. Ele é ministrado em período integral, com duração de quatro anos, no sistema seriado (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2010).

Ao longo dos 43 anos da criação do curso de graduação em enfermagem da UEL aconteceram sete reformulações curriculares, dentre elas, a implantação do CI, que é estruturado em módulos interdisciplinares e se utiliza de 12 temas transversais considerados importantes para a formação do enfermeiro, conforme descrito no capítulo anterior.

## **5.3 FONTE DE DADOS**

As fontes de dados dessa pesquisa foram constituídas pelos estudantes que cursavam as quatro séries do curso, no momento da realização do estudo, e pelos cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares, utilizados nas atividades de ensino e aprendizagem.

Os cadernos foram construídos por um grupo de trabalho multidisciplinar, na implantação do CI. Estes são revisados, anualmente, pelos professores vinculados aos módulos, o que é feito em grupo e não se restringe ao estabelecimento de carga horária e distribuição de cronograma. Esse esforço envolve a revisão de competências, desempenhos e habilidades cognitivas, afetivas e psicomotoras, esperadas para o estudante, além das estratégias de ensino/aprendizagem e de avaliação utilizadas. Esse trabalho oportuniza ao professor recém-chegado no currículo participar do planejamento das atividades acadêmicas, já que os primeiros cadernos foram escritos por professores que estão discutindo o CI há 15 anos.

Os critérios de inclusão para essa pesquisa foram:

- *Em relação aos cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares:* o curso de enfermagem possui uma estrutura curricular com 18 módulos, desenvolvidos no decorrer dos quatro anos de curso, incluindo os módulos de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC 1 e 2. Nesse estudo, optou-se por não incluir estes dois últimos, por conta da diversidade de estudos que os mesmos proporcionam, já que cada estudante desenvolve seu trabalho e isso poderia direcionar a pesquisa para outro universo de análise.
- *Para os alunos envolvidos na pesquisa:* estar cursando um dos quatro anos e estar devidamente matriculado; aceitar participar da pesquisa livremente, com devida assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS**

A investigação aconteceu mediante: análise documental dos cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos e realização de grupos focais para os estudantes das quatro séries do curso.

##### *5.4.1 Primeira Etapa: Análise Documental*

De março de 2014 a setembro de 2015 foi realizada a análise documental de 17 cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares do CI, do curso de enfermagem da UEL, em vigor no ano de 2014. Foram 16 cadernos referentes a 16 módulos interdisciplinares e dois cadernos do módulo interdisciplinar do Internato de Enfermagem, que está subdividido, um caderno para área de Saúde Coletiva e outro para a área Hospitalar. Obtivemos autorização escrita da coordenadora do colegiado do curso de enfermagem e assinamos o termo de confiabilidade e confidencialidade (APÊNDICE B).

A análise documental buscou compreender, de forma indireta, por meio da análise de documentos, a realidade social em estudo. Isso foi possível por meio do levantamento de fontes primárias, ou seja, de documentos que ainda não

receberam tratamento analítico, o que ocorreu em dois momentos distintos: o primeiro, de coleta de documentos, e outro, de análise do conteúdo, sendo que este último se propôs a produzir ou reelaborar conhecimentos, criando novas formas de compreender os fenômenos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDAN, 2009).

Na fase da coleta de dados buscou-se os cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares com o colegiado do curso de enfermagem, com professores dos módulos e estudantes do CI. De posse do material, foi realizada uma leitura em quatro fases, conforme sugerido por Gil (2010): leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa.

Na leitura exploratória, o material foi analisado e foram identificados os dados que interessavam e respondiam a questão de pesquisa (GIL, 2010). Nesse momento, foram lidos, na íntegra os cadernos de planejamento e desenvolvimento, em busca de uma relação entre o conteúdo destes e o tema da pesquisa. Para tanto os cadernos foram analisados por série. Cada caderno de módulo foi identificado com a letra “M” seguido de um número de sequência.

A etapa da leitura seletiva buscou o material que, de fato, interessava à pesquisa, para atender seus objetivos (GIL, 2010). Nesse momento, destacou-se, nos cadernos, com a cor de realce de texto amarela, roxa, verde e azul, trechos onde estavam localizadas as questões pertinentes à pesquisa inerentes aos quatro termos que compõe a IESC.

O próximo momento compreendeu a leitura analítica do material. Nessa etapa, foi elaborado texto descritivo analítico acerca do tema transversal IESC, suscitando aspectos pertinentes ao tema transversal na sua presença ou ausência nos módulos, tanto de maneira explícita como implícita.

#### *5.4.2 Segunda Etapa: Pesquisa de campo*

Foi realizada a coleta de dados em campo, conduzida mediante Grupo Focal (GF) com os estudantes das quatro séries do curso de graduação em enfermagem, entre os meses de novembro de 2014 e Agosto de 2015. Como a intenção era coletar dados por meio de GF por série, foram realizados convites presenciais aos estudantes das quatro séries, lançando mão também de grupos de conversa pelo programa WhatsApp Messenger que é um aplicativo de mensagens via

celular. Nesse momento, solicitou-se que os interessados em participar da pesquisa, confirmassem previamente por telefone e WhatsApp. Nessa primeira abordagem feita aos estudantes, o tema e o objetivo da pesquisa foram expostos.

Foram agendadas salas de aula no CCS e providenciado o recurso de áudio para gravação das falas. Em seguida, foram feitos os contatos com os estudantes e agendados os grupos, com data e local do encontro.

Na data agendada após explicações acerca da pesquisa, foi solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como primeira atividade do GF, foi solicitado aos estudantes que escrevessem em tarjetas de cartolinas coloridas, palavras que eles associavam com cada termo que compunha a IESC. Para tal, foram fornecidas tarjetas de cartolinas coloridas, caneta esferográfica colorida e canetas hidrográficas. A intenção, com esse pedido, foi iniciar a pesquisa com a definição teórica acerca de cada termo que compõe a IESC, com o objetivo de ampliar a coleta de dados e favorecer a compreensão do fenômeno na visão do próprio sujeito. Após essa atividade, as tarjetas foram agrupadas por cor em quatro papéis crafts identificados com cada termo, de modo que os crafts ficassem próximos e em ordem indicado a leitura do tema transversal objeto de estudo. Em seguida, logo após a leitura dos crafts, foi solicitado aos estudantes que debatessem acerca do que caracteriza a IESC.

A segunda atividade foi guiada por algumas questões norteadoras estimulando o debate:

- O que significa IESC;
- Nos módulos do curso: Como vocês têm vivenciado este tema;
- De exemplos de experiências significativas de IESC;
- Quais os campos de estágio que proporcionaram estes aprendizados;
- Como eles eram avaliados quanto a IESC;
- Sugestões.

A estratégia do GF é definida por Ressel e colaboradores (2008), como grupos de discussão que dialogam sobre um tema, ao receberem estímulos apropriados para o debate. O estímulo ativo à interação do grupo está relacionado à

condução da discussão do GF, de modo a garantir que os participantes conversem entre si, em vez de, somente, interagirem com o pesquisador (BARBOUR, 2009).

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

Do ponto de vista operacional, a discussão em grupo se faz em reuniões com os participantes escolhidos, a partir de uma determinada população, cujas ideias e opiniões são de interesse da pesquisa (MINAYO, 2008). Isso se coloca de acordo com o que a literatura especializada traz a respeito da intencionalidade na seleção dos participantes. O tempo de duração de uma reunião deve se situar entre 60 e 90 minutos (MINAYO, 2004).

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

Para a operacionalização do GF, Nogueira-Martins e Bogus (2004) recomendam a composição de, no mínimo, seis e, no máximo, entre 12 a 15 pessoas, com tempo médio de 90 minutos. Desse modo, evita-se o cansaço dos participantes e se mantém o foco no problema, para que a coleta contenha informações suficientes para uma boa análise.

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

Vale ressaltar que, nos grupos, não houve debates de percepções contrárias. Os estudantes ouviam e, muitas vezes, concordavam, outras vezes, complementavam as percepções expostas. Houve diálogos e contribuições para este

estudo, favorecidas pela potência metodológica dos encontros grupais, foram significativas.

Os encontros foram realizados pelo pesquisador do estudo e outras duas mestrandas que também estudam temas transversais e utilizaram os GF para obter os dados de suas pesquisas, fato este que somou união de forças para realização de grupos simultâneos. Os condutores do GF tentaram focalizar e aprofundar a discussão, e foram acompanhados por dois observadores colaboradores, que também são estudiosos do CI. Ao final das reuniões, foram oferecidos lanches aos estudantes participantes.

Foram realizados 6 grupos focais, com total de 37 estudantes, distribuídos da seguinte forma: primeira série foi realizado um grupo focal com doze estudantes; segunda série um grupo focal com dez estudantes; terceira série um grupo focal com nove estudantes; quarta série um grupo focal com seis estudantes.

As coletas ocorreram da seguinte maneira: os estudantes chegavam ao local combinado, eram acolhidos e acomodados em uma roda de cadeiras e recebiam materiais que continham caneta e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As canetas hidrográficas ficaram à disposição em uma caixa sobre a mesa, assim como as tarjetas coloridas de cartolina. Quando todos estavam presentes, após o agradecimento pelo comparecimento, orientava-se a leitura e a assinatura do TCLE, caso estivessem de acordo, e os termos assinados eram recolhidos, iniciava-se as gravações de áudio e vídeo. Depois disso, foram desenvolvidas atividades visando criar o debate acerca do tema transversal IESC. Ao final dos encontros, pediu-se sigilo em relação à técnica para a preservação do debate nos próximos encontros.

## **5.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS**

As falas decorrentes dos GF's foram transcritas na íntegra. Os materiais de áudio e o banco de dados das transcrições estão sob a responsabilidade do pesquisador, e a segurança e o sigilo do conteúdo desses materiais estão garantidos pelo pesquisador.

As transcrições foram transformadas em narrativas, como propõem Onocko Campos e Furtado (2008). Foram analisadas as diferentes vozes (estudantes) dentro de cada grupo e estas foram comparadas (estudantes com estudantes), nos

grupos, para se identificar as diferenças e convergências. Os conteúdos foram analisados repetidas vezes. As transcrições integrais preservaram o caráter típico de cada fala, excluindo-se os vícios de linguagem.

A filmagem foi utilizada somente como recurso adicional para otimizar a transcrição do material empírico. O tempo médio para a realização de cada grupo foi de uma hora.

Posteriormente, as transcrições foram submetidas a um processo de análise de conteúdo, segundo Bardin (BARDIN, 2011). A análise de conteúdo é usada quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real, pois esta possibilita uma melhor compreensão dos discursos dos entrevistados. A análise de conteúdo é realizada em três momentos, que foram seguidos neste estudo (BARDIN, 2011).

Na etapa de pré-análise, ocorre a organização do material; em um segundo momento, desenvolve-se a exploração do material, quando os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades de registro; em seguida, realiza-se o tratamento dos resultados, com a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

Para identificar os dados coletados, foram utilizadas as letras “E” para estudante e “G” para Grupo Focal seguidas de um número que se refere ao número do aluno e número do encontro (1,2,3,4,). Segue um exemplo de configuração: E4G1: Estudante 4, grupo focal 1.

Os resultados foram discutidos à luz do referencial teórico do pensamento complexo, tratado por Edgar Morin.

## **5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

Este estudo está vinculado a um projeto de pesquisa maior, sob o título: Currículo Integrado de um Curso de Enfermagem: Temas Transversais e Formação Profissional, aprovado em pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina, conforme Resolução 466/12, e do Conselho Nacional de Saúde, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 18931613.5.000.5231 (Anexo A).

Para o acesso aos cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos do CI, foram enviados, ao colegiado do curso de enfermagem: uma carta que informava a intenção da pesquisa e a forma de coleta de dados e pedia autorização

para a realização da mesma; e a assinatura do termo de confiabilidade e confidencialidade, garantindo que a utilização dos dados seria, unicamente, para fins científicos, que a Instituição não sofreria dano algum com a pesquisa e que a pesquisadora se colocava à disposição da Coordenação do Colegiado do Curso para eventuais dúvidas e esclarecimentos, no que tange à pesquisa (Apêndice B). Mediante isso, o colegiado autorizou a realização da pesquisa.

Para a realização dos GF, foi informado aos participantes: o objetivo do estudo, a importância da realização da gravação, a necessidade de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para a participação na pesquisa (Apêndice A) e a permissão para a gravação, antes de se iniciar os grupos. Todos os estudantes concordaram e assinaram o TCLE.

Não foi efetuado, pelo pesquisador, nenhum pagamento à instituição de qualquer espécie de bônus.

A seguir, são apresentados os resultados da pesquisa.

# *RESULTADOS E DISCUSSÃO*



## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos documentos e das percepções dos estudantes de enfermagem discutidas nos grupos focais permitiu organizar os resultados em três eixos temáticos: percepções da **inserção da IESC no currículo** em estudo, **experiências significativas de IESC** nos campos de prática; e **concepções de IESC** atribuídas pelos estudantes.

### 6.1 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: INSERÇÃO DA IESC NO CURRÍCULO INTEGRADO

O CI do Curso de Enfermagem da UEL tem como objetivo formar o enfermeiro generalista, com responsabilidade social, tendo como princípio norteador a defesa da vida, saúde como direito e o alívio do sofrimento na terminalidade (DESSUNTI et al, 2014).

A matriz curricular está organizada em módulos, de forma que os conteúdos buscam atender a interdisciplinaridade e a relação teoria e prática. Os módulos contêm unidades temáticas de ensino com sequências de atividades baseadas em conceitos-chave, visando o alcance de desempenhos e competências na formação do enfermeiro (GARANHANI et al, 2013). A matriz contempla também os temas transversais, dinamizadores das atividades acadêmicas, entre eles a IESC. A IESC nessa proposta é concebida como a articulação entre os centros formadores da graduação e pós-graduação, com os serviços de saúde nos diversos níveis de atenção e com esferas governamentais envolvendo a participação social. (GUARIENTE et al, 2014).

Cada módulo possui um caderno de planejamento e desenvolvimento que é disponibilizado on-line para os estudantes, representando o plano de ensino e aprendizagem proposto. Esses cadernos constituem-se documentos que direcionam as atividades a serem realizadas expressando a intencionalidade dos professores. Desta forma, esta categoria analisa como a IESC está delineada nos cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos e como os estudantes percebem a sua inserção no currículo em estudo.

### 6.1.1 PRIMEIRA SÉRIE

A primeira série está dividida entre os módulos: *A universidade e o curso de enfermagem; O processo de saúde-doença; PIM-1; Aspectos morfofisiológicos e psíquicos do ser humano.*

#### **Módulo 1 – A Universidade e o Curso de Enfermagem (M1)**

Esse primeiro módulo, a universidade e o curso de Enfermagem, tem o objetivo de apresentar ao estudante o Contexto da UEL e o curso de Enfermagem, pautados em tópicos como: o que é a enfermagem, as diversas áreas de atuação, as entidades de classe e os princípios orientadores do projeto pedagógico do curso, além de aproximar o estudante com aspectos relacionados a ética.

A IESC é tratada neste módulo, com destaques relacionados ao Ensino e a Comunidade. No documento identificamos ações propostas que expressam o esforço para associar o Ensino com a Comunidade e com os Serviços de Saúde, como por exemplo: “Identifica áreas e campos de atuação do enfermeiro, correlacionando os determinantes históricos, sociais e econômicos”. Nos grupos focais encontramos também menções a este módulo:

*E2G4 Foi mais uma abertura mesmo para conhecer a UEL, mas não teve aquele significado assim, mas assim, para a gente não ficar perdido, para a gente saber o que a gente está fazendo aqui, é o começo.*

Assim, a IESC é introduzida ao estudante por meio da identificação de campos de atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem ao longo da história na sociedade, em sua organização, composição e funções. Insere-o também na universidade e discute o seu papel de agente de mudança. Aborda questões como trabalho do enfermeiro e sua equipe, remuneração e jornada de trabalho.

#### **Módulo 2 – O processo de saúde doença (M2)**

Este documento agrega uma aproximação maior com o tema transversal IESC, embora não se encontre de forma explícita no módulo.

A comunidade é retratada com o indivíduo, enquanto ser humano, família, sociedade e modo de produção, assim como o estado de saúde das

coletividades e os processos de saúde-doença. O ensino oportuniza a integração entre várias áreas do conhecimento do ciclo básico, tais como microbiologia, imunologia, fisiologia, anatomia, parasitologia, antropologia, filosofia e sociologia, que interagem diretamente com outras áreas do ciclo profissional, Enfermagem e Saúde Coletiva. E, os serviços de saúde são discutidos na perspectiva das ações de suporte básico de vida, desenvolvidas junto às famílias e à comunidade.

O documento ainda apresenta um destaque em como instrumentalizar os estudantes a realizarem coleta de dados utilizando entrevistas. As atividades práticas são direcionadas ao Ensino, Serviço e a Comunidade por meio de visitas a líderes de identidades organizadas, oficinas, tutoriais e seminários de sistematização, delineadas por temas como: “Por que esse serviço é assim?; Da saúde à doença – Um processo historicamente construído (organizando o serviço a partir dessas concepções); Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica; Dados e informações em saúde: para que servem?” M2.

### ***Módulo 3 – Aspectos Morfofisiológicos e Psíquicos do Ser Humano (M3)***

Neste documento observamos que o estudante é orientado a discutir a concepção, o desenvolvimento e a organização estrutural do ser humano, relacionando sua anatomia, fisiologia, histologia, bioquímica, biologia celular e embriologia. Além de abordar as principais técnicas de exame físico do paciente, aliados a compreensão e promoção da saúde mental no cuidado do indivíduo.

É importante observar que o módulo não faz menção do tema transversal IESC de forma explícita e aborda com mais ênfase o Ensino. Contudo, as falas dos estudantes nos grupos focais indicam que a aproximação com a comunidade foi relevante.

*E2G3 Acho que esse é comunidade.*

*E3G3 Comunidade.*

*E4G3 Foi o primeiro contato que a gente teve com essa integração. Então, um choque de realidade, porque a gente conheceu vários lugares assim, que a gente nunca tinha conhecido [...] acaba saindo de um mundinho fechado, [...], abre para a comunidade, vê outras realidades a nossa visão de cuidado acaba sendo modificada.*

Os estudantes também falaram da integração interdisciplinar presente no módulo:

*E6G4 E a gente teve também integração, era assim, aula no campus com os professores, assim, separado, que tinham misturado, fisiologia, biofísica, que a gente tinha, tudo separado, só que aí a gente tinha um grupo que era de fazer um estudo onde a gente unia todas aquelas aulas num grupo único, com um professor que no caso ele era do básico, por exemplo, de biologia, isso a gente via integração, era muito interessante, diferente.*

*E5G4 [...] a gente ia em outro momento para o campus, então quando a gente estava aqui, aí nós fizemos com professores da enfermagem [...] e aí, daqui a gente compartilha com o básico lá, para mim eu amei, eu amei[...]*

No segundo momento, o estudante tem contato com a saúde mental e semiologia. Aspectos de personalidade e exame do estado mental são preconizados, após leitura e aulas expositivas. Embora não descrito de forma explícita no documento, os conteúdos aproximam-se da IESC, pois indicam que os estudantes devem realizar práticas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospital e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), além de discutir e realizar relatórios acerca das práticas vivenciadas. O documento, no entanto faz poucas menções em relação a participação da comunidade nestas atividades. Outra experiência possibilitada neste módulo refere-se à prática de exame físico primeiramente em laboratório, seguida de práticas em um Hospital Universitário.

#### **Módulo 4 - Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino, Serviço e Comunidade – PIN 1 – (M4)**

Na apresentação do módulo os autores fazem uma breve explanação da construção e reconstruções do módulo, evidenciando sucessivas aproximações com o tema transversal em estudo. Nos propósitos do módulo verifica-se uma aproximação direta a IESC: “os propósitos devem ser desenvolvidos (Integração) em relação às capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras que possam ser mobilizadas e integradas para a realização qualificada dos desempenhos das áreas de competência do cuidado às necessidades de saúde do indivíduo e família, do cuidado às necessidades coletivas, do acesso aos serviços, bem como as ações de promoção à saúde, em cenários reais e simulados da prática profissional, de acordo

com o grau de autonomia e domínio do primeiro ano” M4. Os alunos também falaram sobre o PIN:

*E12G1 Porque eu acho que é a nossa primeira experiência com esses quatros conceitos, que você interage com o seu curso, e o curso da medicina, com quem você nunca nem viu, você aprende sobre alguma coisa que está sendo dada, e você vai para a comunidade, que a UBS é o seu primeiro, pelo menos o meu foi talvez o meu primeiro contato com a UBS, e com a comunidade de você sair, conhecer a população, ir na casa das pessoas, falar com elas, conversar, então eu acho que para mim é o que me vem quando fala nessas quatros, o PIN foi o que me veio na cabeça imediatamente.*

*E2G1 Eu acho que o PIN que é o programa que a gente tem, que a gente vai na UBS e a gente tem atenção à comunidade, faz as visitas com o professor no primeiro, e no segundo eu acho talvez, do serviço que no caso a gente vê a UBS, como a UBS funciona como protocolo, os protocolos no caso que a gente está usando agora são aplicados dentro da UBS.*

Os desempenhos e habilidades do módulo também fazem menção a IESC, tais como: “- Identifica as necessidades de saúde dos indivíduos e da família; - Analisa e formula os problemas de saúde do indivíduo e família; e Discute o acesso aos serviços de saúde” M4.

A interação/integração do ensino com o Serviço e a Comunidade é notória neste módulo. O documento apresenta o seguinte movimento cíclico: “Nas UBSs os estudantes realizam as visitas domiciliares; individualmente ou no CCS, os estudantes realizam a síntese de problemas, além de conceituar a família, território, demanda das necessidades individuais e coletivas de saúde. E, de volta a UBS, ocorre a disseminação dos resultados e processamento de novos problemas” D4. Os estudantes nos grupos focais expressaram também:

*E2G1 Eu acho que você como aluna e você vai para a UBS, se você ficar dentro da UBS ali às vezes você não vai conseguir ver tanto, mas se você faz um trabalho de público de ACS, ou que a gente fez no PIN...*

*E12G1 O PIN é o que mais te leva a comunidade, seu patrono.*

*E3G3 E a gente acabava fazendo visita domiciliar durante a semana para algumas famílias e se tinha alguma, às vezes se eles pediam, eu quero entrar no grupo de trabalho, a gente estava sempre passando as orientações para eles e levando para a UBS, então fazia essa integração da comunidade com o serviço.*

*E7G3 No PIN a gente estava pesquisando, estudando sobre comunidade.*

*E4G4 Eu acho que o PIN é um ponto de partida na graduação...*

*E6G4 Então, isso aí, eu acho que o PIN começa a mostrar uma visão da faculdade que você não tinha, eu acho que é um, pouco isso, e lá você consegue ver o que pega na comunidade, o que são as famílias, quais suas necessidades, qual a estrutura que você tem de trabalho, então, assim, você vê pouca coisa, na prática, mas é um ponto de partida.*

*E2G4 Uma do começo da faculdade é o PIN, o módulo que a gente faz integração enfermagem, que eu acho que foi o primeiro contato que a gente teve com essa integração entre outros cursos*

Assim observamos que o tema transversal IESC permeia o desenvolvimento dos módulos da primeira série tanto expresso nos documentos quanto nas falas dos estudantes. Não é possível constatar se a IESC está sendo trabalhado na sua totalidade e profundidade requerida, mas podemos dizer que esta sendo introduzida para os estudantes na primeira série.

#### 6.1.2 SEGUNDA SÉRIE

A segunda série é composta por cinco módulos: *Práticas do Cuidar; PIN-2; Organização dos Serviços de Saúde e Enfermagem; Saúde do Adulto I; e Central de Material e Biossegurança.*

#### **Módulo 5 – Práticas do Cuidar (M5)**

Esse módulo está diretamente relacionado com o conceito e prática do cuidado da enfermagem no âmbito hospitalar. Para tanto, faz uso dos princípios das necessidades humanas básicas, instrumentos básicos da enfermagem para prestar cuidado e humanização. A comunidade é retratada no paciente e na sua família ou acompanhantes, vistos como seres biopsicosocioespirituais. Apreende-se também no documento a intencionalidade de discutir cuidados direcionados a integridade da pele, aos sinais vitais e eliminações, porém não explicita de forma clara as conexões com o cuidado integral. Neste modulo o serviço abordado é prioritariamente no âmbito hospitalar. Faz menções de área física, regras, equipes atuantes com respectivas hierarquias.

Na discussão dos grupos focais os estudantes mencionaram a IESC principalmente nas práticas:

*E3G4 Dentro do hospital eu acho que isso foi sempre estimulado para você ir buscar e trazer, aí você chega com um problema, com a situação do paciente, o professor instiga, fala assim olha, mas como que isso acontece, afeta que será que outro órgão? Será que outro órgão é afetado? Será que a cirurgia que ele vai fazer pode trazer outras complicações para ele? Então te instiga, eu falo não sei, então está aí, não precisa dizer mais nada, que você sabe que você tem que ir, aquilo vai voltar, e você vai acabar discutindo o caso. Então assim, eu me vejo com essa forma de educação, eu me vejo fazendo isso na minha vida, então se tem qualquer outro assunto assim eu estou sempre fazendo isso, não tenho mais preocupação em ter que saber, assim eu acho que aquela visão do professor lá na frente, aula expositiva, você ficar aqui parado dá a impressão que ele sabe tudo e você não sabe nada, e que você tem que correr atrás, tem que ser igual a ele, e já essa forma não, te mostra que você tem que ser uma pessoa interessada e que você tem que ter conhecimentos, você não vai saber tudo, você tem que conversar em grupo, escutar a experiência do grupo.*

*E4G4 Eu acho que no hospital você vê mais, você vê a doença mesmo, lá na UBS você apoia as doenças e tal, [...] no hospital você vê direto aquelas consequências bem graves, então você vê melhor o resultado.*

Este módulo trata também de aspectos relacionados com biossegurança. Podemos inferir que ainda que de forma fragmentada, as habilidades recomendadas nesta perspectiva aproximam-se da IESC, pois indicam aos estudantes questões que envolvem o ensino, estrutura física dos serviços e, as finalidades do cuidado em saúde voltado aos pacientes e seus familiares. Os estudantes também descreveram isto nos grupos focais:

*E4G2 Eu acho que teve a integração de quando nós fomos conhecer outros serviços e outros tipos de processo de trabalho né? Que nós fomos em outros serviços e acabamos conhecendo outros tipos de enfermeiros, outros tipos de técnicos, e como é a forma que eles trabalham. Eu acho que essa foi a integração que teve neste módulo.*

*E1G3 Um pouco em comunidade, até porque a gente vai estar aprendendo para fazer para alguém, porque é uma coisa que vai interferir, é uma coisa que a gente vai estar aprendendo, vai estar focando em prática para benefício de alguém que vai estar usando esse serviço.*

## **Módulo 6 – Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino, Serviço e Comunidade 2 – PIN 2 (M6)**

O módulo PIN 2 propõe inicialmente, que os estudantes conheçam de que forma o serviço de saúde local se organiza para atender às necessidades de saúde do indivíduo, família e coletividade do local sob sua responsabilidade, com ênfase no olhar do serviço. O documento faz menção ao uso da epidemiologia e da pesquisa científica na atenção prestada à população, para subsidiar os diagnósticos

de saúde da comunidade e/ou no conhecimento das melhores formas de diagnósticos e tratamento das necessidades individuais de saúde. No grupo focal da terceira série um estudante apontou:

*E4G3 A gente fazia alguma coisa pela UBS sabe, a gente fazia alguma coisa. Teve intervenção que a gente fez. A gente deu uma palestra*

No campo do ensino, dando continuidade ao PIN I, os estudantes fazem uso da metodologia problematizadora, observando e analisando a realidade da comunidade e da prática nos serviços. Estudantes da terceira série comentaram:

*E2G3 Eu acho que foi só essa questão de saúde coletiva que a gente foi para UBS, fez... Teve teoria, fez a prática da comunidade, você interferiu de alguma forma na comunidade, você passou para eles os cuidados e também na questão e conhecer as outras realidades, conhecer a comunidade, várias comunidades.*

O documento ainda indica a IESC a partir da ação interprofissional, evidenciada pela participação de estudantes de graduação em medicina, enfermagem e farmácia, mestrandos bolsistas do curso de Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva e professores de diferentes departamentos da universidade. Um estudante do quarto ano exemplifica:

*E3G4 Na UBS tenho toda a equipe, nutricionista, serviço social, tem enfermeiro, médico, tem psicólogo, terapeuta, tem toda a equipe, então o que acontece, se a gente tiver assim um caso que chama mais atenção, falar olha isso aqui precisa de tal profissional, então a gente vai conversar com todos os profissionais, todo mundo intervém, conversa sobre o caso, fala sobre o caso, e a gente consegue sentar todo mundo junto discutir aquele paciente, no hospitalar não, no hospitalar isso não funciona dessa forma, se por exemplo assim, se o médico, por exemplo, acho que o paciente precisa de fisioterapeuta, ele vai fazer um encaminhamento, dificilmente eu vejo conversando diretamente, o fisioterapeuta vem em casa, vamos conversar sobre esse paciente, tanto assim, tanto eles quando a gente mesmo, aqui a rotina é um pouco mais desgastante, e às vezes afasta isso, ela não deixa que a gente consiga fazer isso junto com os outros profissionais, sentar com o aluno, todo o mundo discutir, não, cada turma tem uma agenda, todo mundo está ocupado, e isso a gente não consegue fazer aqui, o que a gente faz na UBS que é a integração de profissionais, é diferente.*

Assim, esse módulo oportuniza experiências que aproximam os estudantes da IESC.

*E7G1 - a UBS que seria o básico, que integra todos os quatro conceitos, sabe, [...] porque assim a gente prestando serviço, a gente entrando assim mais em contato com a comunidade e tudo mais, a UBS pelo menos assim, é um pouco mais...*

*E5G2 - Aí você passa as orientações que você aprendeu para ele, e eles são muito receptíveis assim, acho que porque geralmente quando eles vão os enfermeiros não tem muita paciência de ficar falando e falando e a gente quer mostrar que a gente sabe....*

Ainda neste módulo, mesmo de forma indireta, quando o estudante estuda “conceitos de pesquisa científica, tipos de pesquisa (qualitativa e quantitativa), epidemiologia e delineamentos de pesquisa epidemiológica” (M6), ele analisa e avalia situações buscando construir sua futura atuação nos serviços de saúde e maneiras de intervenção na realidade da comunidade. Podemos inferir que nestes momentos estão também construindo o conceito de IESC. Não fica claro se o estudante compreende esta dimensão, portanto destacamos o papel do professor de ajuda-lo a construir esta relação.

### ***Módulo 7 – Organização dos Serviços de Saúde e Enfermagem (M7)***

Este módulo dá continuidade de alguns conceitos já abordados anteriormente, além de incluir conceitos complementares. O tema transversal IESC é abordado de forma indireta. O serviço é retratado associado ao ensino, no que diz acerca da formação do enfermeiro e situações de trabalho vivenciadas. A história do SUS e das políticas de saúde são conteúdos que retomam a ideia de IESC, pois abordam seu início, princípios e diretrizes. Necessariamente ao falar de equidade, universalidade, integralidade, cidadania, participação social, trabalho em equipe nos diferentes serviços de saúde toca-se em dimensões da IESC. No entanto, esta associação não está colocada de forma explícita no documento. O módulo ainda discute a organização da rede de serviços de saúde no município, além de relacionar esta organização com as concepções de saúde.

Assim, observamos que embora este módulo não traga a descrição ou menção direta acerca do tema transversal IESC, ele trabalha com concepções que a envolvem.

### ***Módulo 8 – Saúde do Adulto I (M8)***

O documento evidencia questões relacionadas à Comunidade, com ênfase no envelhecimento da população, incidindo sobre as mudanças do perfil de

morbimortalidade em relação às doenças crônico-degenerativas. A árvore temática do documento explicita que o estudante deve analisar o estilo de vida da população, fatores de risco, ações do envelhecimento, associação com as doenças crônico-degenerativas, finalizando nas ações de enfermagem para promoção de saúde e prevenção. Nota-se integração importante entre o ensino e a comunidade, contudo, a atuação dos serviços está mais fragilizada.

O tema transversal IESC não é mencionado explicitamente, mas permeia as atividades propostas no módulo. Ela também é oportunizada aos estudantes por meio da interdisciplinaridade, consolidada pela integração entre professores do ciclo profissionalizante e professores das ciências básicas, tais como biologia, bioquímica, farmacologia, fisiologia, genética, entre outras.

Infere-se ainda que a IESC seja oportunizada na atuação do estudante nas UBSs. Haja vista, que o mesmo interage com o usuário ao fazer a visita domiciliar, entregar medicamentos, imunizações, vigilância epidemiológica, observação e organização dos serviços de saúde, além de análise do processo de trabalho e modelo assistencial. No entanto ainda faz-se necessário que o professor auxilie o estudante a integrar esta concepção, pois muitas vezes ele visualiza as dificuldades desta concretude na realidade vivenciada. A fala do estudante da quarta série exemplifica esta situação:

*E3G4 Por exemplo, saúde do adulto a gente tem um momento hospitalar, e tem um momento da UBS, e o paciente independente se for passar por ele ou não, você vê ele aqui no hospital, depois vê na comunidade, na UBS, e assim, é unido, querendo ou não a gente só vai tratar de saúde do adulto. Só que não tem essa integração de dois espaços, que eram uns casos que a gente tinha que contar nos dois lugares e a gente tinha que saber hospitalar, tinha que saber lá na UBS, em todos os outros módulos é desse jeito, eu acho que a gente não tem um módulo assim... [...] assim, a gente tem conhecimento como funciona cada setor, eles não ficam focados só num lugar, eles tentam integrar para a gente perceber como tudo é importante.*

### **Módulo 9 – Central de Material e Biossegurança (M9)**

Esse módulo apresenta questões mais técnicas. Existe ênfase no ensino, os serviços são trabalhados nas suas condições ambientais e laborais, enquanto a comunidade é tipificada nos trabalhadores. Questões acerca da biossegurança são retomadas e associadas aos riscos no trabalho, mapa de risco de diferentes serviços de saúde, focado no processamento de artigos odonto-médico-

hospitalares. O tema transversal IESC não é explicitado no documento de forma direta, mas algumas oportunidades de associações são possíveis de serem visualizadas, como mostra a fala a seguir:

*E3G2 Santa casa que teve que fazer um, pessoal teve que fazer um trabalho [...] urolit, não lembro os outros, mas nós tivemos que fazer um trabalho de vários serviços que tem central de materiais. Analisado e fazendo mapas de risco.*

Assim, podemos dizer que a IESC também permeia os módulos do segundo ano do curso, mesmo que de forma indireta e por vezes com certa falta de articulação.

### 6.1.3 TERCEIRA SÉRIE

A terceira série está composta por quatro módulos: *Saúde do Adulto II; Saúde da mulher e gênero; Saúde da criança e do adolescente e TCC - Trabalho de Conclusão de Curso I.*

#### ***Módulo 10 – Saúde do Adulto II (M10)***

Este módulo dá continuidade ao módulo Saúde do Adulto I. Seu foco principal é a assistência de enfermagem ao adulto hospitalizado com problemas de saúde que exigem tratamento clínico e/ou cirúrgico. Assim como visto em outros módulos, a IESC não é explicitada quanto tema transversal, e, suas aproximações com o tema se dão de forma implícita.

O documento informa que este módulo contou com a colaboração de enfermeiros dos Serviços de saúde que indicaram os desempenhos a serem alcançados na graduação, da experiência dos docentes e da análise do perfil de morbidade hospitalar e de mortalidade local e regional. Este fato evidencia uma dimensão da IESC.

Possui enfoque na atenção curativa principalmente desenvolvida no ambiente hospitalar. Os cuidados devem ser compreendidos dentro de um contexto mais amplo, influenciados pelas formas de organização da sociedade, o modo de viver da população e as políticas de saúde. A organização realizada propicia ao estudante

experiências práticas planejadas e direcionadas para oferecer o desenvolvimento das habilidades e responsabilidades técnicas e legais do enfermeiro na saúde do adulto.

Na discussão dos grupos focais os estudantes manifestaram compreensão das dificuldades de articulação da IESC nas atividades desenvolvidas. Estudantes da terceira e quarta série exemplificam:

*E3G3 Eu acho que é mais o hospital e o paciente, não tem vínculo com a comunidade.*

*E4G3 Serviço. Mais serviço do que ensino. Porque ensino ali no caso está relacionado à gente transferir o ensino, eu acho que, assim, a gente faz mais o serviço do que o posto, que tem mais hospital.*

*E3G4 [...] Na saúde do adulto a gente tem um momento hospitalar, e tem um momento da UBS, e o paciente independente se for passar por ele ou não você vê ele aqui no hospital, depois vê na comunidade, na UBS, e assim, é unido, querendo ou não a gente só vai tratar de saúde do adulto, só que não tem essa integração de dois espaços, que eram uns casos que a gente tinha que conter nos dois lugares e a gente tinha que saber hospitalar, tinha que saber lá na UBS, em todos os outros módulos é desse jeito, eu acho que a gente não tem um módulo, até o módulo da MI, a gente não vai para a UBS para tratar sobre doenças, assim, infecciosas, mas a gente vai no CID, porque é diferente, não é hospital, é o CID, por exemplo, a gente vê HIV, a gente vê tuberculose, e assim, a gente tem conhecimento como funciona cada setor, eles não ficam focados só num lugar, eles tentam integrar para a gente perceber como tudo é importante.*

### **Módulo 11 – Saúde da Mulher e Gênero (M11)**

Na apresentação do documento, é informado acerca do contexto específico a que se aplica, e da interdisciplinaridade no âmbito nacional e internacional da saúde da mulher. Relata também, o histórico a que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) percorreu.

A IESC não é mencionada de forma direta e explícita, mas possui várias aproximações. Pode ser percebida em ações que o estudante deva fazer, como por exemplo: “- Analisar criticamente a assistência prestada à mulher desde a admissão na maternidade até a alta hospitalar; - Presta cuidados de enfermagem à puérpera e RN internados no sistema de alojamento conjunto na maternidade” M11.

A Comunidade é exemplificada na figura da “Mulher em seus diferentes ciclos de vida, influenciados pela sociedade na forma de determinantes socioculturais, tais como: desigualdade entre gêneros, influenciando a esfera do trabalho, da educação, da relação de subalternidade da mulher nos relacionamentos

conjugais, da vulnerabilidade às situações de violência, do desrespeito a direitos humanos básicos da mulher e da medicalização dos processos reprodutivos” M11. O Serviço é tratado como aquele que se desenvolve na PNAISM, no âmbito municipal, estadual e federal, quanto a organização e adequação no atendimento da mulher, trabalhando dimensões da IESC.

Na percepção dos estudantes, é um módulo que associa dois momentos práticos e pontua duas áreas de atuação do enfermeiro, envolvendo vários serviços. É lembrado pelos estudantes como semelhante ao documento da Saúde da Criança e Adolescente, marcado também por um relato de intervenção retratando e reconhecendo a ocorrência da IESC.

*E4G3 A mesma coisa que saúde da criança, porque a gente teve contato com a prevenção, a gente viu como que era a realidade das mulheres daquele bairro, fez visita domiciliar*

*E2G3 Na saúde da mulher que a gente tinha feito uma consulta com uma mulher que tinha acabado de ter neném, e o peito dela estava começando a rachar, aí uns dias depois a gente foi de novo na UBS e viu que ela não tinha ido mais lá, teve alguma coisa, a gente foi na casa dela, então aí a gente viu que o peito dela tinha rachado, tinha feito fissura, e só que por ela ter feito fissura ela não estava conseguindo amamentar, então o nosso papel ali foi a gente sentar com ela e falar, olha, nossa orientação seria para você continuar amamentando, mas está sendo muito doloroso para você, então é melhor você entrar com a fórmula, alguma coisa, porque estava realmente sendo muito doloroso para ela, então essa integração de serviço, ensino e comunidade eu vi mais nessa parte.*

### **Módulo 12 – Saúde da Criança e do Adolescente (M12)**

O documento expressa o foco do módulo no ensino e no cuidado à criança desde o nascimento até a adolescência, incluindo a família. Apresenta árvore temática para cada assunto a ser abordado, desde a atenção ao recém-nascido, atenção básica à criança, atenção à criança institucionalizada até a atenção a criança e ao adolescente hospitalizados.

Este foi o único documento que explicita um quadro de referência ligando os cuidados de enfermagem com os temas transversais do Currículo Integrado em estudo. Desta forma, a IESC é explicitada de forma direta neste módulo e possui associação com alguns conteúdos.

O documento indica que o estudante: irá desenvolver ações individuais e coletivas de promoção, proteção e recuperação da saúde, nos diferentes

níveis de atenção, com base no perfil epidemiológico e considerando o princípio da responsabilidade compartilhada com a família. É relatado que a sistematização do cuidado ocorre com base no método científico, no perfil epidemiológico das doenças prevalentes tendo como palco de atuação, a Atenção básica e a Hospitalar.

Na percepção no estudante a IESC ocorre:

*E4G3 Tem aquela parte que foi no hospital e tem só serviço em si, mas quando foi na UBS e a gente quer fazer aquele tour, essas coisas, aí tem mais integração.*

*E1G4 Foi integração em todos, saúde da mulher, saúde da criança.*

*E2G4 Mas eu acho eu saúde da criança na puericultura era um momento que você via diversas coisas, crescimento e desenvolvimento...*

No decorrer do documento, inúmeros desempenhos e habilidades fazem menção da IESC por inferência, como por exemplo: “- Discute o relacionamento entre criança, adolescente, família e profissionais durante o processo de hospitalização; - Discute a assistência ao RN na sala de parto”. M12

Assim, o tema transversal IESC continua sendo desenvolvido nos módulos do terceiro ano de maneira implícita e, nesta série, aparece de forma explícita e articulado com alguns conteúdos.

#### 6.1.4 QUARTA SÉRIE

A quarta série agrega quatro módulos: *Cuidado ao paciente crítico; Doenças transmissíveis: prevenção e cuidado; Saúde mental: ações de enfermagem nos níveis de atenção à saúde.*

#### **Módulo 13 – Cuidado ao Paciente Crítico (M13)**

Este módulo está organizado para assistir o paciente crítico em situações de alta complexidade clínica ou cirúrgica, além de atendimento ao trauma na fase intra-hospitalar e parada cardiorrespiratória. A realidade de atuação situa-se no âmbito hospitalar. O tema transversal IESC não está apresentado de forma explícita no módulo. No entanto, na apresentação do módulo, podemos perceber uma aproximação com o conceito da IESC, pois indica aos estudantes que a vivência nos campos de estágio deve contribuir para uma reflexão e discussão sobre o cuidado

necessário, envolvendo o paciente e sua família. As atividades práticas previstas visam aproximar o estudante da compreensão do acesso ao cuidado, organização dos serviços, recursos humanos e humanização. Elementos estes, pautados na integração entre ensino, serviço e comunidade.

Na discussão do grupo focal da primeira série, que ainda não vivenciou este módulo, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi relacionada com a IESC:

*E1G1 - porque na verdade os quatro termos: integração, ensino, serviço e comunidade, eu acredito que eles estão em todo o serviço, em todo campo eles precisam estar, se é numa UTI Imóvel, por exemplo, um enfermeiro avançado [...].*

#### **Módulo 14 – Doenças transmissíveis: prevenção e cuidado (M14)**

O módulo apresenta as competências almeçadas para o estudante voltadas para a assistência de enfermagem aos indivíduos portadores de doenças transmissíveis, envolvendo a prevenção e o controle dessas doenças, considerando o perfil epidemiológico regional. A IESC não é mencionada de forma explícita no módulo. Mas, podemos observar atividades que contribuem para o seu desenvolvimento. O módulo apresenta atividades de cuidado tanto no âmbito hospitalar quanto na Saúde Coletiva, direcionadas à comunidade. Reforça aspectos ético-legais e respeito aos sujeitos em suas diferentes formas de ser. Espera-se integração/interação do estudante com os serviços e a comunidade. Observa-se que existe uma relação mais ampla com os serviços de saúde, assim como com organizações da sociedade civil.

Na discussão dos grupos focais não houve menção direta acerca deste módulo, mas foi comparado com o módulo de Saúde do Adulto II:

*E3G4 [...] o módulo da MI, a gente não vai para a UBS para tratar sobre doenças, assim, infecciosas, mas a gente vai no CID, porque é diferente, não é hospital, é o CID, por exemplo, a gente vê HIV, a gente vê tuberculose, e assim, a gente tem conhecimento como funciona cada setor, eles não ficam focados só num lugar, eles tentam integrar para a gente perceber como tudo é importante.*

#### **Módulo 15 – Saúde Mental (M15)**

Este módulo visa desenvolver uma prática de enfermagem nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, voltada para pessoas com transtornos mentais e psicopatologias e indivíduos em sofrimento psíquico. Vários serviços de saúde de diferentes complexidades são descritos como campos de atuação prática. Embora o documento não explicita de forma destacada a IESC, apresenta vários elementos que ajudam a desenvolvê-la.

Na discussão dos grupos focais os estudantes compararam a inserção de conceitos da saúde mental no primeiro ano:

**E3G4** - *-No 4º ano a saúde mental fica integrado daí, no 1º ano ela ainda é..eu acho assim, que no 1º ano, ela ainda está assim, a gente fica em sala, a saúde mental do 1º ano ela não é unida a nada, entendeu*

**E2G4** - *-Dá bastante diferença, a saúde mental do 1ºano, para a saúde mental do 4ºano, dá muita diferença, e era só teoria, maçante e chato, sem o estímulo, e daí já no 4º ano, foi bem diferente ir lá e ver pessoalmente né, e trabalhar com eles, foi bem diferente;*

A atuação prática deste módulo foi tratada pelos estudantes como diferenciada, citando serviços na atenção básica e o multiprofissionalismo no atendimento dos usuários:

**E1G4** *Na comunidade é o da Saúde Mental né, que nós fomos na UBS no 4 ano, daí isso foi muito legal de ver. Ver as pessoas com transtorno mentais, em casa e como elas viviam e a relação com UBS, por que é uma reação diferente, de um usuário que tem diabetes ou hipertensão né; Era diferente*

**E3G4** - *É que eu acho que você, vai de bairro para bairro, no bairro onde que eu estou, a gente tem paciente de saúde mental e que necessita de visita domiciliar e assim e a gente vai, tem dois principais e tem os outros que tem seus probleminhas, mas eles podem ir no posto, então esses a gente não visita. Mas a gente quando chega no posto você já sabe como você vai lidar com aquele paciente, esses dois é, faz visita é por que não tem condições mesmo de ir até o posto, mas na minha UBS tem integração.*

**E4G4** - *Na minha também tem, como lá a gente tem equipe dos residentes né como se fosse o NASF lá, tem psicólogo, assistente social...então a gente na área de abrangência da UBS a gente tem pessoas então é, com problemas de saúde mental, e ali eles fazem parte então da equipe saúde da família, tem todo um acompanhamento, é bem legal.*

O documento também destaca o desenvolvimento de habilidades em processos interpessoais em intervenções terapêuticas, psicofarmacológicas, psicoterápicas e sociais. Habilidades estas que poderão contribuir significativamente para que indivíduos com transtornos mentais e/ou em processos de crise reencontrem seu potencial para o equilíbrio dinâmico de que necessitam para viver, por meio de ações interdisciplinares.

### ***M16 – Internato de Enfermagem***

Este módulo trata do estágio curricular supervisionado desenvolvido na última série do curso subdividido nas áreas Hospitalar e Saúde Coletiva. Trata-se de um único módulo, mas possui dois cadernos de desenvolvimento e planejamento (M16 e M17) que foram analisados separadamente.

### ***M16 – Internato de Enfermagem – Área Hospitalar (M16)***

Na apresentação do documento (M16) encontramos a apresentação dos docentes envolvidos na construção e desenvolvimento do módulo e a indicação dos vários campos de estágios oportunizados ao estudante no âmbito hospitalar. Percebe-se já na apresentação do módulo uma indicação direta de aproximação com a IESC, por meio da operacionalização e do fluxo de informações entre a Universidade, os serviços e a Comunidade.

Em seguida o documento relata um breve histórico do internato de enfermagem, valorizando as experiências em diferentes campos de atuação do enfermeiro.

Este módulo apresenta em seu documento uma descrição explícita de IESC muito semelhante com o conceito preconizado pelos professores, citado anteriormente (GUARIENTE et al, 2014). Marca a criação de cenários oportunos e efetivos para a IESC na realização de Oficinas de Trabalho com a participação dos Enfermeiros dos Serviços, Docentes, Estudantes e representantes das Comunidades. Assim, este documento evidencia pela primeira vez a participação social de maneira ativa nesta relação.

Nos grupos focais os estudantes da quarta série reconheceram a presença de conteúdos integrados:

*E4G4 Eu vejo assim, desde de quando eu entrei no curso, sempre foi falado a respeito de enxergar o ser humano em todos os seus aspectos social, cultural, e que a forma do curso decorrer faz parte do crescimento mesmo, eu acho que ainda por se integrado, mesmo sendo integrado tem que ser dividido pela áreas, não tem como eu saber unir tudo isso, mas lá na frente que é o internato é isso mesmo, é uma satisfação você poder chegar lá e falar, pelo menos eu passei por diversos módulos que abordava esses temas,*

*e agora eu tenho material para eu dar uma retomada, e conseguir por isso em prática.*

Neste módulo também encontramos na árvore temática temas que se relacionam com ensino, serviço e comunidade. Nas competências observamos que o ponto de partida é a avaliação da necessidade do indivíduo, família, ou seja, explicitamente direcionado a Comunidade. Outro fato importante é menção dos temas transversais do CI, e diretamente mencionando a IESC:

*E1G4 E quando chega no internato você acaba juntando todo esse conhecimento e você pode atuar no serviço, você, vamos supor, é inserido no serviço para atuar ali, como aluno, mas para fazer, e aí a gente acaba aprendendo mais, desenvolvendo melhor, a gente acaba tendo mais esse contato que o curso ensinou desde o primeiro ano para a gente, que é ter o contato com o paciente e olhar para ele como um todo, todas as áreas ali envolvidas.*

Nota-se que as habilidades a serem alcançadas pelo estudante são direcionadas por semana, fortalecendo a avaliação formativa e Integrativa, indicando atividades a serem desenvolvidas pelos estudantes. Entre essas atividades observamos a presença da IESC, por meio de ações de ensino nos serviços, do trabalho em equipe de saúde, do trabalho multiprofissional e do atendimento à comunidade. Utiliza estratégias que partem da própria realidade vivenciada pelo estudante para buscar soluções, tratadas no módulo como situações problema<sup>1</sup>.

### ***M17 – Internato de Enfermagem – Área de Saúde Coletiva (M17)***

A parte inicial do documento mantém semelhança com o da área hospitalar, da apresentação até a árvore temática. Nos conceitos chaves observamos a delimitação de atuação do estudante no âmbito da saúde coletiva tais como: território, UBS, cuidados de enfermagem, perfil epidemiológico, planejamento da assistência de enfermagem, processo de trabalho, integralidade, trabalho em equipe entre outros.

---

<sup>1</sup> O documento apresenta ao estudante os impressos de avaliação e indicam um esquema do processo de ensino aprendizagem a partir de explorações de situações vivencias e delineadas como problema, instigando-o a pensar nas diferentes formas de solução ao: identificar o problema, avaliar o processo, construir novos significados, buscar novas informações, elaborar questões, formular explicações e novamente chegar ao problema pré-concebido, agora impregnado com novos conceitos e soluções (M16).

As competências indicam ações que possuem relação com a IESC, buscando avaliar as necessidades do indivíduo, família e comunidade, no âmbito do serviço com fins de promoção e recuperação da saúde. Os desempenhos são delineados por ações de Ensino, associados ao Serviço e direcionadas à comunidade.

De maneira semelhante com o documento da área hospitalar (M16) os temas transversais aparecem explicitamente.

A IESC também foi citada nos grupos focais, falando de suas possibilidades e limites:

*E5G4 Eu acho assim que a parte da comunidade a gente vê bem mais na atenção primária mesmo, quem nem no hospital esse contato com os pacientes e só no período de internação, muitas vezes é período curto, às vezes o paciente fica também meses lá, e é difícil cria um vínculo com o paciente internado, então na atenção primária fica bem mais fácil, eu acho que fica mais visível essa relação com a comunidade, você vai ter a visita domiciliar, o paciente toda hora lá na UBS, e não só no internato, mas assim durante todos os cursos*

*E4G4 Todos os estágios que a gente fazia é uma forma de integrar a parte teórica que a gente tinha nas aulas e aplicada na prática, aqui no internato foi mais intenso isso, mas em todos os outros estágios a gente teve essa integração com a comunidade, mais também na atenção primária, porque estágios no hospital ninguém estava esquentando com isso.*

*E6G4 Eu acredito que o internato mesmo é o que abriu os nossos olhos, e foi no quarto ano que a gente descobriu a atenção primária, porque até então a gente tinha uma noção por conta dos curtos períodos, por conta da... cada período que a gente entrava era um assunto específico. Então assim, no internato, no serviço primário a gente conhece finalidades de serviços, por que a gente está lá, o que ele abrange, o que ele vai fazer, e a gente cria um vínculo com a comunidade, então assim, são três meses intensos, você sai de lá tendo uma base assim, uma base boa, mas assim, para tirar essa questão, porque fica meio vago durante todo os três anos que a gente passa nesses períodos pequenos de estágio.*

Ainda na discussão dos grupos focais, os estudantes relataram aprendizagem significativa durante o internato de enfermagem, comparando os conhecimentos adquiridos no hospital e aplicando-os na saúde coletiva e vice versa. Para ele os serviços se complementam, ou seja, o serviço terciário complementa o primário e vice versa, integrando o ensino, o serviço e a comunidade, conforme a fala a seguir:

*E1G4 Eu ia dizer que, eu vi isso no internato da atenção básica, que todo aquele conhecimento hospitalar dos módulos, assim médico cirúrgico, abordou muito fisiopatologia, eu usei muito. Então assim, o serviço independentemente da onde a gente esteve, que é o mesmo que as meninas*

*estão dizendo, você vai usar o seu conhecimento, se você estiver no hospitalar a questões das vacinas, dependendo se for um acidente, se for alguma coisa, você tem que estar abordando esses temas, e também lá na UBS você tem que estar sabendo dos cuidados de repente com a cirurgia que foi feita, e agora ele vai na UBS, passagem de sonda, o cuidado, sondagem vesical muitos pacientes tem, ficar em casa. Então, eu acho que o serviço independentemente o curso dá conta de integrar isso e complementar outro, independentemente.*

### **6.1.5 ANÁLISE DOCUMENTAL SOB A PERSPECTIVA DO PENSAMENTO COMPLEXO DE MORIN**

A análise documental nos permitiu observar que, em todos os documentos dos módulos analisados, mesmo naqueles em que a IESC não aparecia de forma explícita, os desempenhos discriminados indicavam ações que podiam ser relacionadas com a IESC. Os verbos descritos nos desempenhos determinavam ações a serem desenvolvidas pelos estudantes, em sua grande maioria, relacionados com a avaliação das necessidades do indivíduo, família e comunidade, no âmbito dos serviços com fins de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Entre os verbos descritos encontramos: identificar, conceituar, buscar, conhecer, descrever, reconhecer, caracterizar, organizar, classificar, contextualizar, discutir, refletir, analisar, avaliar, elaborar, desenvolver, pesquisar, compreender, relacionar, planejar, sistematizar, utilizar, realizar, participar, prestar cuidados, atuar, acolher, orientar, providenciar, propiciar, intervir, sugerir, zelar, manter, cumprir, registrar, respeitar, comunicar-se, exercitar, colaborar, propor, entre outros.

Assim, a análise documental evidenciou que a IESC aparece de forma implícita em todas as séries e de forma explícita nos cadernos dos módulos das terceira e quarta séries. Esta realidade mostra avanços em se tratando de temas transversais, mas consideramos que sua inserção ainda pode ser aprimorada.

Morin (2000) diz que para que o ensino produza conhecimento por si só, nunca se ensina o que é, de fato, o conhecimento, pois esse nunca é reflexo ou espelho da realidade, ele é uma tradução seguida de uma reconstrução. Apoiado nesta ideia, podemos dizer que a IESC necessita ser traduzida e reconstruída pelos estudantes durante o seu processo de formação. E isto ocorre por meio de sucessivas aproximações com o tema. O papel do professor torna-se relevante para auxiliar o estudante na compreensão e construção do tema nos diversos cenários de ensino e aprendizagem. Outro ponto importante é a de que as percepções e as reconstruções

são também um risco de erro e muitas vezes o maior erro é pensar que a ideia é a realidade. E tomar a ideia como algo real, sem levar em consideração as diferenças culturais, sociais e de origem.

Essa observação em relação à IESC, no que tange a análise documental, pode ser aprimorada com inserções mais explícitas nos cadernos que possibilitem a intencionalidade do debate acerca do tema transversal com os estudantes, contribuindo também para diminuir os riscos de percepções equivocadas da realidade.

Morin (2010) chama atenção para o contexto do conhecimento pertinente, isto é, de um conhecimento que não mutila o seu objeto, mas sim, estimula a capacidade de colocar o conhecimento adquirido no contexto a que se aplica. Isso pode ser otimizado por meio da análise e reflexão da forma em que ocorre a IESC, pois na formação do enfermeiro a IESC os estudantes vivenciam várias experiências de ensino em realidades diferentes.

Morin (2010) ainda afirma que “o conhecimento pertinente deve enfrentar a complexidade” (p. 36). Segundo o autor: *Complexus* significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade retrata a união entre a unidade e a multiplicidade (MORIN, 2010, p. 36). Segundo estes conceitos reiteramos a necessidade do tema transversal IESC ser trabalhado de forma mais explícita nos módulos das séries do curso de Enfermagem da UEL, com vistas a fortalecer o conceito da IESC na seu contexto, multidimensionalidade e globalidade.

## **6.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS VIVENCIADAS NOS CAMPOS DE ESTÁGIOS**

Na discussão dos grupos focais, a IESC foi associada com a vivência oportunizada nos diferentes campos de estágio.

*E1G1 Quem englobou tudo para mim foi o hospital, o próprio hospital.*

*E2G1 Então, quando eu penso nisso tudo (IESC) eu acho que dentro da UBS você consegue ter tudo assim, ter o acesso à comunidade, que você vai ver*

*desde criança, recém-nascido, mãe puérpera, idoso, acamado, pessoas com ulcera, e você vai ter tudo ali.*

*E1G2 A comunidade era bem interessante, a gente dava palestra em qualquer lugar que chamassem escola, a gente já foi na Grande Londrina, demos palestras para os motoristas que era sobre primeiros socorros, então eles gostavam bastante, prestavam bastante atenção, faziam perguntas, era muito bom!*

*E1G3 É ver o paciente... Que no hospital chega um paciente da gente e se a gente for primeiro na comunidade a gente entende que aquele paciente mora em um lugar, ele tem uma família, e tudo isso vai influenciar ele a ser levado ao hospital ou não, dependendo da condição socioeconômica dele, dependendo das condições da relação dele com a família de onde ele mora vai influenciar até no tratamento, até quando ele sair do hospital, como que vai ser quando ele voltar para casa?*

*E2G3 Eu acho que foi só essa questão de saúde coletiva que a gente foi para UBS, fez... Teve teoria, fez a prática da comunidade, você interferiu de alguma forma na comunidade, você passou para eles os cuidados e também na questão e conhecer as outras realidades, conhecer a comunidade, várias comunidades.*

*E2G4 Isso, porque eu tive que colocar os conhecimentos, por exemplo, todos os conhecimentos até agora, o conhecimento da classificação de risco envolveu toda a comunidade porque essas crianças são parte dela, a academia, os conhecimentos, integrou cuidados, instrumentos do posto, por exemplo, para cuidar dela também, e foi um serviço prestado.*

As percepções dos estudantes podem estar relacionadas com a metodologia empregada no curso em estudo. A concepção pedagógica crítico-reflexiva é pertinente quando ocorre no contexto de vida real, intervindo sobre a realidade, de forma a estimular a interação entre os diversos atores, resultando no conhecimento em seus diferentes saberes e cenários de aprendizagem (DA SILVA, 2015).

De forma geral, a aprendizagem é significativa quando os conhecimentos passam a dar sentido ao saber e à prática para quem aprende. A Teoria da Aprendizagem Significativa foi proposta pelo psicólogo David Ausubel, que publicou seus primeiros estudos sobre a Teoria da Aprendizagem Significativa em 1963 e, no final da década de 1970, recebeu a contribuição de Joseph D. Novak para refiná-la com uma conotação humanista e divulgá-la (SOUSA et al, 2015). Não somente o princípio da aprendizagem significativa, mas também a formação profissional do Enfermeiro vem sendo solicitada para responder ao desafio de formar profissionais competentes para o trabalho em saúde, atuantes na comunidade (CAMPOS; RIBEIRO; DEPES, 2014; AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1982).

Os relatos dos estudantes acerca das aprendizagens vivenciadas associadas à IESC também mencionaram atividades desenvolvidas no módulo PIN.

*E2G1 - Eu acho que o PIN que é o programa que a gente tem, que a gente vai na UBS e a gente tem atenção à comunidade, faz as visitas com o professor no primeiro, e no segundo eu acho talvez, do serviço que no caso a gente vê a UBS, como a UBS funciona como protocolo, os protocolos no caso que a gente está usando agora são aplicados dentro da UBS,*

*E12G1 O PIN é o que mais te leva a comunidade, seu patrono.*

*E7G3 A gente estava pesquisando, estudando sobre comunidade.*

*E6G4 Então, isso aí, eu acho que o PIN começa a mostrar uma visão da faculdade que você não tinha, eu acho que é um, pouco isso, e lá você consegue ver o que pega na comunidade, o que são as famílias, quais suas necessidades, qual a estrutura que você tem de trabalho, então, assim, você vê pouca coisa, na prática, mas é um ponto de partida.*

Muitas das experiências associadas ao PIN destacaram as visitas domiciliares, gerando independência na atuação do estudante, suscitando e integrando conhecimentos de todos os anos, do ciclo básico e do profissional, como exemplifica a percepção do estudante a seguir:

*E2G4 então, assim, me marcou muito a história de vida deles, se tocar no assunto da sexualidade aqueles adolescentes, pré-adolescentes, explorem a vida, que não tem onde, aparentemente não tem local de desabafo, e aí acaba expondo, meu tio bate na minha tia porque encontrou ela com outro e tentou pôr fogo na casa, fala assim e você estava lá para ensinar sexualidade, mas você acaba tendo que ver, naquele momento já tínhamos visto isso nos nossos tutoriais em outro módulo, questão de enxergar cultura, o local de onde a pessoa veio, questões de gênero que são fortes, então me marcou muito, dentre outros.*

*E3G3 E a gente acabava fazendo visita domiciliar durante a semana para algumas famílias e se tinha alguma, às vezes se eles pediam, eu quero entrar no grupo de trabalho, a gente estava sempre passando as orientações para eles e levando para a UBS, então fazia essa integração da comunidade com o serviço.*

Durante as discussões nos grupos focais, observamos que os estudantes associaram a humanização com a visita domiciliar e com o currículo do curso em estudo, mas sobretudo nas experiências significativas ocorridas junto às atividades desenvolvidas na área da Saúde Coletiva e no módulo PIN. A família foi sempre lembrada como participe neste processo da IESC e, o paciente ou usuário como o objetivo da assistência prestada.

Convém salientar que a visita domiciliar tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política

de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família e os centros formadores de graduação (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009). É notória que sem a visita domiciliar o desenvolvimento do tema transversal IESC ficaria limitado.

Os relatos indicam experiências significativas a partir do módulo PIM, no qual o conhecimento é permeado pela construção e reconstrução frente a realidade observada, movimento este que leva o estudante a pensar na relação dele com a comunidade. É possível observarmos o estudante articulando o ensino com a própria comunidade ao ser facilitador em relação a determinado tema (sexualidade) e também com o serviço, já que esta experiência foi oportunizada em contato direto com a UBS durante o PIM.

Durante o PIN, os estudantes também têm a possibilidade de obter conhecimentos acerca de outras realidades sociais, sentimentos, vivências e aprendizados. Isso está diretamente relacionada à compreensão humana, que para MORIN (2009) é necessário compreender a condição humana no mundo, fazendo-o perceber que a compreensão humana chega quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos, haja vista que raramente se ensina sobre como compreender uns aos outros, como compreender nossos vizinhos, nossos parentes, nossos pais. Para Morin (2005), a redução do outro, a visão unilateral e a falta de percepção sobre a complexidade humana são os grandes empecilhos da compreensão humana.

Observamos que a prática educativa do curso em estudo tenta aproximar os estudantes das realidades vivenciadas em diferentes campos de estágios, possibilitando, mesmo que não seja de maneira integral, desenvolva ações relacionadas com a IESC.

No exemplo usado do estudante E2G4, observamos características no Pensamento Complexo, pois além de aproximar-se da IESC o estudante faz também a Integração entre o próprio Ensino, ao agregar temas diferentes quando ele está desempenhando o cuidado à comunidade. Ele busca compreender a cultura dos adolescentes para estabelecer o seu plano de ação. O operador hologramático, a qual MORIN (2009 p. 79) faz menção, diz que cada célula contém o nosso patrimônio genético e, sua máxima é a parte estar no todo, e o todo estar na parte: a sociedade e a cultura estão presentes enquanto 'todo' no conhecimento. As partes podem ser

eventualmente capazes de regenerar o todo e podem ser dotadas de autonomia relativa, podem estabelecer comunicações entre elas e realizar trocas organizadas.

A IESC enquanto tema transversal se baseia na relação de parceria e proximidade entre a universidade, os diversos serviços de saúde e a comunidade. Constitui um meio de auxiliar nos processos de transformação da educação dos profissionais e dos sistemas de saúde e da participação social neste processo, posto que os atores pertencentes a estes cenários estabelecem entre si relações, sobretudo voltadas para o Ensino, pois o tema transversal parte do Ensino, ao oportunizar ao estudante experiências significativas acerca da humanização e integralidade:

*E1G4 – ... o paciente que eu cuidei no primeiro ano, você coloca o usuário, na UBS, mas nós fazemos a visita e tínhamos que fazer um diário a respeito dessas visitas e é isso, a questão de criar vínculo, e o paciente faleceu, e a família convidou eu e a companheira da medicina para ir lá para depois fazer um jantar depois, sabe? Participar da família e tudo, aquilo, porque ela ficou toda assim, nossa, está convidando a gente, para mim foi muito significativo, apesar de estar lá e a sensação era essa mesmo, eu concordo que você não podia interferir na patologia e nem às vezes dar uma palavra... Você não tinha nenhum conhecimento à respeito das patologias, apesar disso eu levo isso comigo bastante, aquele momento lá que eu passei.*

Observa-se na fala da estudante uma riqueza do ponto de vista de experiência significativa de aprendizado, vínculo e acolhimento e participação social. Primeiramente o vínculo vem acompanhado da relação de reciprocidade dos envolvidos, haja vista que o vínculo é resultado de um bom acolhimento, porque do contrário o vínculo não é criado ou é parcial. Portanto o acolhimento é definido como ato ou efeito de acolher, uma ação de aproximação, um estar com e um estar perto de, ou seja, uma atitude de inclusão que implica estar em relação com algo ou alguém (NEVES; ROLLO, 2006). Ao acolher o estudante com presteza e atenção acolhe a família do paciente que foi a óbito. Esta experiência contribui para que o estudante se sinta parte do processo de cuidado, embora naquele momento não estivesse na condição do conhecimento para exercer tal cuidado, mas a experiência exitosa de vínculo foi compreendida e vivenciada.

Morin (2000) diz que nos lugares e momentos em que não é possível superar as contradições (vida e morte), vencer os antagonismos e ultrapassar os paradoxos, lá é que está a complexidade. Em tais circunstâncias, o operador dialógico procura trabalhar com posições opostas e inconciliáveis sem tentar negá-las ou racionalizá-las. Se há impasses que não podem ser resolvidos após um número razoável de tentativas, isso não significa que devemos fingir que eles não existem.

Incorporar essa compreensão às nossas táticas, estratégias e práticas é uma demonstração de bom senso. Morin (2000) ainda acrescenta que na sua incompletude, o ser humano geralmente busca o conhecimento como forma de superação de seus limites, reconhecendo sua interdependência e se fortalecendo pelas relações, interações e associações com seus pares e recursos da natureza.

A IESC também permeou outros relatos sobre as experiências nos campos de estágio, destacando intervenções nas UBS, que refletiram diretamente a articulação entre o Ensino, como centro formador da graduação, com os serviços de saúde nos diversos níveis de atenção e, esferas governamentais e a participação social nesse processo. Esta situação se aproxima do que Demarzo e colaboradores (2009) propõem.

*E3G4 No meu caso na minha unidade tem muitas crianças em situação de risco, então o que a gente acabou percebendo que muitas mães são adolescentes e acabam delegando o cuidado às avós, a uma vizinha e não fazem cuidado efetivo então a gente começa a fazer a observação dessas crianças, começamos a fazer classificação ne risco, quem tem risco intermediário e passamos a olhar essa comunidade de forma diferenciada, fazendo as visitas domiciliares, a mãe que não levava até a UBS, a gente ia até a casa delas, fazer puericultura, e referenciando para o Mãe Paranaense do Governo do Estado, que cuida de casos de risco, então isso me marcou muito porque a gente conseguiu dar uma maior atenção para uma criança que sofra abuso sexual por parte do pai, então para mim foi bem significativo.*

Notamos neste relato que a observação da realidade foi fator crucial para tomada de decisão, pois a percepção dos problemas enfrentados (crianças em situação de risco) levou ao conhecimento da causa (as mães não são as principais cuidadoras), propondo intervenção para mudanças na realidade.

Observamos uma articulação realizada pelo estudante entre o Ensino, Serviços e Comunidade. Segundo o Princípio Recursivo de Morin (2000) a estudante foi além da retroatividade, pois trouxe a dinâmica auto produtiva e auto organizacional, isto é, seus produtos são necessários para a própria produção do processo, os estados finais são necessários para a geração dos estados iniciais, desde que alimentada por um fluxo exterior. Morin afirma “os indivíduos humanos produzem a sociedade em e pelas interações sociais, mas a sociedade, enquanto emergente, produz a humanidade desses indivíduos, trazendo-lhes a linguagem e a cultura” (MORIN, 2000, p. 210).

Acrescenta-se também o fator multidimensional, componente do conhecimento pertinente defendido por Morin (2000) que são unidades complexas que compreendem variadas dimensões em sua existência. O conhecimento pertinente deve abarcar não apenas o não isolamento da parte do todo, mas também o não isolamento das partes, umas das outras. Assim, o ser humano é, ao mesmo tempo, biológico, psíquico, social, afetivo e racional, e, a sociedade comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica e religiosa, e tudo isso acontece simultaneamente, como observado na fala a seguir:

*E3G4 [...] então a gente começa a fazer a observação dessas crianças, começamos a fazer classificação ne risco, quem tem risco intermediário e passamos a olhar essa comunidade de forma diferenciada [...]*

A dimensão Global do conhecimento pertinente também pode ser retomada, pois às relações entre o todo e as partes, que são ligadas ao todo de maneira que uma retroage sobre a outra. Assim, uma sociedade é mais que um contexto: é o todo organizador e desorganizador do qual faz parte o homem. Esta relação é observada no relato da estudante E3G4, pois “É impossível conhecer o todo, sem conhecer a particularidade das partes e conhecer as partes, sem conhecer o todo” (MORIN, 2009 p. 152; PINTO, 2015).

Assim, as experiências significativas dos estudantes permeadas pelos diversos campos de estágios oportunizadas na sua formação, indicaram que as metodologias ativas, permeadas pelos temas transversais, em especial a IESC, superam cenários tradicionais de ensino propondo o protagonismo do estudante no processo de aprendizagem, com vistas a viabilizar o desenvolvimento de sua autonomia.

Para Berbel (2012), a autonomia tem nas metodologias ativas o potencial de despertar a curiosidade, à medida que os estudantes se inserem na teorização e trazem elementos novos, ainda não considerados nas aulas ou na própria perspectiva do professor. Quando acatadas e analisadas as contribuições dos alunos, valorizando-as, são estimulados os sentimentos de engajamento, percepção de competência e de pertencimento, além da persistência nos estudos, entre outras.

Para Côrrea e colaboradores (2011), as experiências significativas têm o sentido primordial de possibilitar ao estudante a aprendizagem a partir da inserção na realidade, concebida como construção social. Para as autoras a realidade precisa ser percebida em suas problemáticas e analisada com base em referenciais

teóricos que possibilitem a construção sólida de conhecimentos e a atuação compromissada nos cenários reais, aproximando-se do que é preconizado pelo tema transversal IESC.

A autonomia do enfermeiro é indispensável para o exercício de suas atividades durante a prática profissional, portanto, precisa ser estimulada desde os primeiros momentos de formação do estudante durante o período de graduação (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

### **6.3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: CONCEPÇÕES ATRIBUÍDAS PELOS ESTUDANTES**

Esta categoria agrega as concepções de IESC, descritas pelos estudantes das quatro series. Essas concepções emergiram tanto no primeiro momento de coleta de dados realizado na atividade inicial do grupo focal, na qual os estudantes associaram palavras com os temas da IESC (atividade das tarjetas) quanto, no segundo momento, quando agregaram conceitos e significados durante o debate realizado no grupo.

As concepções de IESC trazidas pelos estudantes abrangem: união, interdisciplinaridade, trabalho em saúde, trabalho em equipe, relações interpessoais, comunicação, participação, cooperação, empatia, respeito, harmonia, aprendizado, valores, princípios, integralidade e ainda humanização.

#### **6.3.1 UNIÃO**

Observamos que para os estudantes de todas as series a Integração relaciona-se com a união de várias pessoas:

*E1G1 - a gente vê integração também quando acrescenta esse serviço, que é quando [...] você tem contato com várias pessoas, estudantes, ter contato com os profissionais [...].*

*E7G2 Ai você ter que entrar em um lugar e ter que começar a aceitar e respeitar muito mais a opinião de várias pessoas mais diferentes do que você [...]*

*E5G3 No meu (PALESTRA) a gente ensinou eles como fazer reutilização de comidas saudáveis para as pessoas que tem hipertensão, [...] a gente ensinou como fazer, que isso é importante, a fundamentação, a prevenção de cuidado.*

*E3G4 Bom, eu acho que assim, [...] a gente consegue ter uma visão maior, um foco de visão maior, e união assim do ensino em sala com os professores junto ali falando [...], a gente tem contato praticamente desde o primeiro ano, e eu acho que isso faz a diferença, essa união.*

Observamos nas falas dos estudantes que as atividades desenvolvidas associadas com a união de várias pessoas foram atribuídas a episódios de aprendizagem significativa durante os diversos estágios.

### 6.3.2 INTERDISCIPLINARIDADE

A interdisciplinaridade foi citada pelos estudantes das quatro séries, mas com maior ênfase pelos estudantes da quarta série. Para eles o trabalho interdisciplinar, advém da relação com outros profissionais e com os próprios estudantes.

*E4G4 vamos supor, cada módulo fragmentado, aulas de farmácia, bioquímica, são todas baseadas no mesmo tema, [...] você aprende a fazer integração ali mesmo na aula, você tem a aula e você vai fazendo integração para depois na prática você exercer essa união do ensino.*

Lembramos que para IESC ocorrer é necessário que se estabeleça relações de proximidade com os envolvidos na formação, nos serviços e com a comunidade, por meio da participação social. Chama atenção que o trabalho interdisciplinar é destacado, tanto no contexto da atenção básica no âmbito da saúde coletiva, quanto na atenção hospitalar, equalizando-os em importância quanto ao conhecimento adquirido:

*E3G4 [...] dentro do hospital eu acho que isso foi sempre estimulado para você ir buscar e trazer, aí você chega com um problema, com a situação do paciente, o professor instiga, fala assim olha, mas como que isso acontece, afeta que será que outro órgão? Será que outro órgão é afetado? Será que a cirurgia que ele vai fazer pode trazer outras complicações para ele? Então te instiga, [...] você sabe que você tem que ir, aquilo vai voltar, e você vai acabar discutindo o caso. [...] eu me vejo com essa forma de educação, eu me vejo fazendo isso na minha vida, então se tem qualquer outro assunto assim eu estou sempre fazendo isso.*

*E4G4 Na UBS, a gente tem psicólogo, assistente social, então [...] ali eles fazem parte então da equipe saúde da família, tem todo um acompanhamento, é bem legal.*

*E3G4 -É um serviço bem integral, por que daí mistura todo os profissionais.*

A interdisciplinaridade tem o objetivo de desenvolver, em todas as áreas do conhecimento ligadas à prática de ensino, pesquisa e extensão na graduação e na

pós-graduação, uma necessidade de organização curricular que articule os conhecimentos (GALVÃO; FAZENDA, 2014).

A contribuição da interdisciplinaridade para a Enfermagem advém não só para eliminar barreiras profissionais entre os temas que contribuem para o desenvolvimento de pesquisas, mas também provocam reflexões entre as pessoas que nela atuam, de modo a buscar alternativas para se conhecer mais e melhor o indivíduo sem esquecer as diversidades de relações da vida familiar, social, cultural, biológica, a doença e a saúde, entre outras, um modo de proceder intelectualmente, uma prática de trabalho científico, profissional e de construção coletiva (CAMACHO, 2002).

Apoiado em Morin (2015) podemos dizer que o estudante ao comparar e interligar as necessidades de saúde do indivíduo nos diferentes serviços faz uma aproximação com o pensamento complexo, já que este se refere ao que é profundo e interligado. O pensamento simples, segundo o autor, não é necessariamente verdadeiro, dado o processo de simplificação e a tentativa de se apropriar da realidade. Enquanto isso, o pensamento complexo sustenta-se na ordem, clareza e exatidão no conhecimento, ou seja, aproxima-se da realidade. O grande desafio do pensamento complexo, para Morin, é poder estabelecer uma articulação entre os mais diversos campos de pesquisas e temas. E, esta característica foi observada nas falas dos estudantes:

***E6G4** Porque o serviço que a gente oferta é melhor, porque a gente consegue integrar a psicologia que a gente está estudando, por causa da saúde mental, a gente consegue oferta hábitos de vida, diferenciados com as aulas da nutrição. Por exemplo: paciente etilista, a gente dá alternativas de alimentação, para ele não sentir tanta falta ou beber ou de fumar, é estilo de vida, a gente dá atendimento, pergunta, conversa com o médico. Mas já tem uma ideia do que vai passar, de fármacos, é muito melhor.*

Neste relato o estudante avalia sua atuação, seu cuidado ao indivíduo como melhor, frente ao encontrado em outros serviços e transcorre sua fala de forma a explicitar o porquê é melhor, justamente por ser integrado, pela associação entre os diferentes temas e aulas, gerando emancipação do conhecimento. Observamos que ele percebe o todo, representado pelo serviço prestado, e que, este todo está impregnado de partes (nutrição, psicologia). No entanto, ainda não manifesta a

participação social (Comunidade), identificando apenas as relações com o Ensino e com o Serviço.

Observamos ainda que o estudante reconstruiu seu conhecimento na união de outros conhecimentos, justamente o que Morin (2000) utiliza para apresentar o Conhecimento Pertinente, já que este sugere que a educação consiga perfazer caminhos que conduzam aos conhecimentos globais e fundamentais e, conseqüentemente, conhecimentos parciais e locais, ou seja, os excertos não incorrem em conhecimento propriamente dito. É imprescindível "ligar as partes" e então globalizá-las para a compreensão e assimilação do ensinado.

Morin (2005) critica o ensino por disciplinas, fragmentado e dividido, que acaba por dificultar a capacidade natural que o espírito tem de contextualizar o conhecimento. Esta capacidade deve ser estimulada e desenvolvida pelo ensino, possibilitando ao estudante ligar as partes ao todo e o todo às partes (MORIN, 2009)

Tal observação é convergente com a política pedagógica do CI em estudo, pois permite ao estudante superar questões relacionadas ao ensino tradicional, às disciplinas fragmentadas e divididas que o impedem de contextualizar. Isso pode ser observado na sua fala, tipificando a interdisciplinaridade em sua afirmação inicial.

Nas discussões nos grupos focais a interdisciplinaridade foi apontada pelos estudantes como pertinente. Acreditamos que a interdisciplinaridade é uma ferramenta importante na compreensão da IESC, principalmente considerando que enquanto tema transversal espera-se que ela perpassasse as quatro séries articulando a formação profissional em enfermagem com os diversos níveis de atuação dos serviços com vistas à participação da comunidade nesta relação.

### 6.3.3 TRABALHO EM SAÚDE – TRABALHO EM EQUIPE

Nos debates nos grupos focais outra concepção relacionada à IESC pelos estudantes de enfermagem foi o trabalho em saúde. Este foi descrito pelos estudantes da primeira, segunda e quarta série, de forma dinâmica, ora dificultoso, ora assertivo.

*E3G2 A gente passou por pelo menos três equipes, aí tinha que conversar de novo, explicar quem a gente era, o que a gente estava fazendo ali, ver como era o trabalho deles e isso dificulta bastante e também porque querendo ou*

*não é pouco tempo de estagio, então assim, quando você está conseguindo interagir com o ambiente e com as pessoas ai acaba, então acho que quando você começa a pegar fica bem assim na pratica daí termina.*

*E3G4 [...] na UBS tenho toda a equipe, nutricionista, serviço social, tem enfermeiro, médico, tem psicólogo, terapeuta, tem toda a equipe, então o que acontece, se a gente tiver assim um caso que chama mais atenção, falar olha isso aqui precisa de tal profissional, então a gente vai conversar com todos os profissionais, todo mundo intervém, conversa sobre o caso, fala sobre o caso, e a gente consegue sentar todo mundo junto discutir aquele paciente,*

O trabalho em saúde é compreendido como uma atividade humana realizada por um grupo de pessoas que a ela se dedica e, assim, reproduz uma existência humana. O trabalho é determinado por uma necessidade ou por uma carência. É também o meio de subsistência para a satisfação das necessidades materiais e não materiais, possibilitando a livre criação (MARTINS, 2013).

Para Faria e colaboradores (2009, p. 21), “o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade”.

Sendo assim, o trabalho em saúde deve mobilizar conhecimentos em qualquer tempo ou situação em que se fizer necessário, assim como informações, e atitudes para aplicá-los, com capacidade de análise, em situações reais, individualmente e com a equipe, reunindo habilidades e sendo político-social. As ações das equipes devem reunir esforços que visem o alcance dos objetivos comuns e contemplar habilidades fundamentais como a técnica humana e conceitual, o que requer teorias científicas (MARTINS, 2013; MENDES, 2009).

Para um estudante da segunda série este tópico é dificultoso, pois durante suas atividades práticas, não era possível criar vinculo nas relações e quando as criava acabava o tempo de estágio.

*E3G2 Bastante dificuldade, mas assim, uma dificuldade também que às vezes é que a equipe é diferente, tem dias que a gente ficou no zona sul que eles faziam 12 X 36, então todos os dias a equipe era diferente, todos os dias assim...*

Ceccim e Ferla (2010) ressaltam os desafios na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde a não fragmentar a assistência, não perder o conceito de atenção integral, realizar trabalhos em conjunto com os setores

e aceitar que há incertezas nas definições dos papéis dos profissionais, haja vista que existe alternância de práticas e de saberes, principalmente no contexto das equipes.

Na condição do aprendiz, percebe-se que a estudante está condicionada a um modelo de ensino ainda tecnicista, restritivo e o desafio da integração do Ensino e o Serviço, no processo de trabalho das diferentes equipes, está determinado ao tempo de estágio como relatado na fala.

Contudo frente a proposta do CI, ensino pautado na problematização, pensamento crítico, pelo qual o ser humano é capaz de transformar as condições de sua existência nas relações sociais, a atitude de reconhecimento do problema por parte da estudante é um fator positivo, porém não deve ser limitante, mas sim instigadora de transformação da realidade.

Para Morin (2000) a situação expressa adapta-se ao formulado do Operador Dialógico, como já mencionado anteriormente, mas completando seu sentido, Morin (2000) diz que há contradições que não podem ser resolvidas, isso significa que existem opostos que são ao mesmo tempo antagônicos e complementares. Morin também relata em sua obra que em determinadas situações e no uso do modo de pensar dialógico, é necessário trabalhar com posições opostas ou inconciliáveis sem tentar negá-las ou racionalizá-las, compreender estas situações e incorporar essa compreensão às nossas táticas, estratégias e práticas é antes de mais nada uma demonstração de bom senso (MORIN, 2000).

Os estudantes também destacam o trabalho em equipe multiprofissional:

*E4G1 [...] uma integração entre eu e o paciente, a integração seria antes, que a gente vai aprender a lidar com o técnico, com a enfermeira, com o médico, com o fisioterapeuta, entendeu? A equipe multiprofissional, não eu com o paciente, [...]*

*E1G1 porque na verdade os quatro (IESC), eu acredito que ele está em todo o serviço, em todo campo ele precisa estar, se é numa UTI móvel, por exemplo, um enfermeiro avançado, se é na casa, um enfermeiro e um médico precisa estar em integração, [...]*

Associado ao trabalho em equipe os estudantes destacaram as áreas de conhecimento e profissões:

*E4G1 [...] que a gente vai aprender a lidar com o técnico, com a enfermeira, com o médico, com o fisioterapeuta, entendeu[...]*

*E12G1 foi na feira de profissões eu acho que juntou, a gente interagiu tanto com eles, quanto a gente mesmo se uniu para chegar num fim comum*

*E2G1 a integração eu acho que integra a medicina com enfermagem, então tem essa questão de trabalhar em equipe e tudo mais.*

Os estudantes já na primeira série mencionaram tanto membros da equipe de enfermagem (técnicos e enfermeiro) como da equipe de saúde (fisioterapeuta). Referem-se a equipe multiprofissional. Peduzzi (1998, 2001) comenta que os profissionais que compõem uma equipe de trabalho devem ser capazes de elaborar conjuntamente a linguagem, os objetivos, as propostas e os projetos comuns, isto é, uma cultura comum à equipe de trabalho, desde sua concepção até a execução do mesmo.

Na visão dos estudantes da quarta série, a IESC é percebida associada à interação que ocorre na saúde coletiva, do ponto de vista da presença de outros profissionais, ficando então como um trabalho multiprofissional, mas centrado na equipe da saúde da família, que por sua vez, caracteriza-se como porta de entrada prioritária do SUS. Na experiência relatada podemos inferir que o estudante tem a ideia de que a integração entre as profissões é necessária frente a necessidades específicas de alguns usuários (BRASIL, 2011).

Como já mencionado anteriormente, o operador hologramático de Morin (2000) diz que as partes estão no todo, mas o todo também está nas partes, quando um grupo se reúne para discutir determinado assunto ou problema, das interações que se estabelecem costumam sair ideias novas, que antes não haviam ocorrido aos participantes, pois a sabedoria de um grupo é maior do que a soma da sabedoria de um de seus componentes (MORIN, 2000).

No debate acerca do trabalho em equipe relacionado a IESC, estudante da primeira série reconheceu a integração com a equipe de saúde:

*E1G1 Assim, o que eu achei que é mais deslumbrante, que você vê tudo ali (UBS), sabe, de cara, foi o que eu achei, de que foi onde eu realmente me integrei com a equipe, foi realmente que eu estudei o ensino, foi onde realmente eu tive que mostrar o serviço no caso, mostrar o que eu aprendi, e a comunidade está ali, e ela que vai receber um tratamento do serviço que eu vou prestar, que eu prestei, e onde eu vi primeiro.*

Floter (2015) também verificou em seu estudo a potencialidade do trabalho em saúde e a possibilidade do contato inicial com outros profissionais inseridos no processo de trabalho, especificamente, no caso da relação entre médico e enfermeiro, que, historicamente, é pautado por conflitos ocasionados por disputas de poder, enquanto membros de uma mesma equipe.

Esta mesma autora, observa que uma das primeiras aquisições do estudante que se insere no CI é a mudança de hábitos, o desenvolvimento de competências diferenciadas, o de aprender a trabalhar com o novo, com o outro e o senso de responsabilidade científica. Essas habilidades desenvolvidas no decorrer da graduação são respostas ao processo de aprender que, ao exercitar as múltiplas dependências, torna-o um sujeito autônomo (FLOTTER, 2015).

#### 6.3.4 RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Outra questão abordada pelos estudantes foram as relações interpessoais que ocorreram entre: estudante do próprio curso e intercursos, professor – estudante, estudante – profissional e equipe de saúde.

As discussões acerca das relações interpessoais foram ricas, sobretudo quando tratadas do ponto de vista dos estudantes de enfermagem em relação aos estudantes de medicina (intercursos) e desses em relação aos professores, pois em muitos momentos houve relatos de inconformidades nas relações de poder e privilégios entre estudantes de medicina e enfermagem, ora mediada pela conduta docente, ora mediada pelos próprios estudantes, resultando em uma dicotomia entre os dois cursos, como expressam as falas de alguns estudantes a seguir:

*E3G4 [...] eu peguei um grupo com uma professora que focava muito em medicina e ficava a própria enfermeira, que era ela, ela meio que focava neles e meio que menosprezava nós, da enfermagem, [...] para mim não teve benefício nenhum porque eu não aprendi [...] No trabalho que teve ficou enfermagem com enfermagem e medicina com medicina.*

*E5G2 [...] o professor fazia mais radical. Sabe, separar mais ainda. Deixava a enfermagem mais inferior, então protegia mais o pessoal da “medicina” sabe [...].*

*E1G2 O do primeiro ano era muito interagido, todo mundo se misturava, medicina e enfermagem e o professor também, o professor dava essa abertura, não tinha isso de “ai meus queridinhos são da med” e ele fazia muito isso, essa integração com a gente. Então, acho que o professor ajuda na interação né?*

*E1G2 Quando foi no segundo ano era muito dividido, começava com sentar. Medicina senta de um lado e enfermagem do outro, trabalho era medicina com medicina e enfermagem com enfermagem. Então não tinha interação nenhuma e o professor também tinha uma postura diferente [...].*

As relações interpessoais têm um lugar significativo nos processos psicossociais e tratam da forma como as pessoas interagem nas relações umas com as outras. Toda relação interpessoal partilha certas propriedades que formam sua estrutura e qualidades afetivas; quando essas relações se situam em âmbito profissional adquirem implicações e características específicas (VILELA; CARVALHO; PEDRAO, 2014).

Estas relações se estabelecem entre os indivíduos que a compõe de forma única, de acordo com o referencial de vida de cada um. Nos relacionamentos, cada um coloca um pouco de si, mostra seu modo de agir e influencia o outro de forma positiva ou negativa. Construindo e reconstruindo formas de interações harmônicas ou não (CUNHA; ZAGONEL, 2008).

Nos relacionamentos interpessoais, partimos do mundo particular, do eu, marcando desde o nascimento por situações, emoções, valores culturais e religiosos, ou seja, um ser biopsicosocioespíritual até o momento da presença do estudante no contexto de formação profissional, em movimentos de construção e reconstrução do conhecimento (RIBEIRO, 2005).

As diversidades culturais e comportamentais são fatores determinantes para o desenvolvimento do cuidado, não somente ao cuidado, mas também ao contexto do ensino. Bergamini (2005), diz que se uma instituição propicia ao estudante oportunidades de aprendizagem, promove sua satisfação pessoal e melhora seu desenvolvimento intelectual (BERGAMINI, 2005 p. 51).

Os relatos dos estudantes E3G4, E5G2 e E1G2, indicam que houve obstáculos vivenciados nas relações interpessoais, influenciando a aprendizagem significativa e a compreensão intelectual dos assuntos abordados. Para Morin (2015, p. 85), o “ruído” retrata justamente esta condição que interfere na transmissão da informação, criando o mal-entendido ou não-entendido, gerando um sentimento de redução, como indica na fala E3G4 [...] *menosprezava nós, da enfermagem*[...].

O papel do professor como mediador e participe das relações interpessoais entre os estudantes, também é marcado por outro obstáculo para a compreensão, já que o professor deveria empreender esforços para que o conhecimento fosse alcançado pelo estudante, ao mínimo indicar ou aproximar o caminho a ser percorrido, em contraste com a realidade vivenciada, como pode ser observado na fala da E5G2. Morin (2000) descreve como “espírito redutor exemplo

como: *deixava a enfermagem mais inferior (E5G2)*, já que este restringe a noção do complexo. A situação gerada pela atitude docente leva a um modo de pensar, aliado à incompreensão, que motiva a redução da personalidade, e, infelizmente é ainda encontrado, e suas consequências são piores no âmbito da ética do que no do conhecimento. A crença em verdades absolutas destrói a possibilidade de compreensão das verdades de outras pessoas (MORIN, 2000).

Nas discussões observamos também a percepção contrária à abordada anteriormente, já que estudantes também relataram que a relação interpessoal intercursos não restringe o aprendizado:

*E1G4 [...] ficava um pouquinho essa divisão, ficava grupinho de medicina, de enfermagem, trabalhando tudo com o mesmo assunto, com mais objetivo, mas teve uma separação, mas foi muito bom que foi o primeiro contato que a gente teve com a medicina [...].*

Morin (2000) diz que a introspecção utiliza da prática mental do autoexame crítico, que nada mais é do que a compreensão das próprias fraquezas e falhas, para que se possa entender que todos necessitam de mútua compreensão. Na fala em questão a estudante retrata a dificuldade, mas não se limita a ela, pois fala que essa interação foi muito boa, fazendo uso do artifício de reconstrução do conhecimento frente as dificuldades impostas. Morin (2000) diz que só assim será possível, ao homem, julgar seu próprio egocentrismo e, desse modo, não assumir a posição de juiz de todas as coisas.

A relação interpessoal entre estudante e profissional de saúde foi relatada na discussão por estudantes como sendo uma realidade de atuação de difícil mudança, concebida por estes como fator inexorável da realidade, como visto a seguir:

*E7G2 – [...] Eu acho que me identifico muito nessa questão e a hierarquia que a gente tem, então o aluno está no chão e nunca vai poder chegar ao nível do técnico de enfermagem que é o dinossauro do setor e está lá há 30 anos fazendo errado e vai continuar fazendo errado e não vai aceitar que você fale, do enfermeiro que está lá formado e concursado você não vai poder discordar dele porque ele é formado e concursado e do professor que está lá te avaliando, te julgando pelo que você não sabe, por mais que você saiba muito mais das coisas.*

Na percepção do estudante de segundo ano, o conhecimento consolidado pelos profissionais do serviço em sua atuação é inflexível, e unidimensional. Observa-se em sua fala o isolamento do todo e das partes, já que

este não assume a possibilidade de mudança dos estudantes e dos profissionais envolvidos nos serviços.

Para Melo (2012), saber negociar depende de cada indivíduo, pois há fatores que podem influenciar, como cultura, crenças, valores, costumes, grau de conhecimento do problema, sentimentos, entre outros, contudo deve ser conduzido de forma amigável, independente do problema/conflito o resultado da negociação deve ser satisfatório para ambas as partes. Baseado nestes pressupostos faz-se necessário que o profissional enfermeiro, ainda durante sua formação acadêmica, adquira conhecimentos para gerenciar essas situações conflituosas e desenvolva habilidades em realizar negociações, observando as partes e o todo.

Mas também, houve um relato onde esta relação foi benéfica e eficaz frente à situação vivenciada por uma estudante da segunda série:

*E2G2 [...]fazemos um trabalho que a gente reconheceu na família, é que a gente estava estudando sobre diabetes, hipertensão, só que eu e minha colega, a gente descobriu que ela estava sendo violentada, então é abuso moral e físico, então a necessidade que a gente encontrou nela na nossa abordagem foi em cima disso, e daí fugiu da diabetes e da hipertensão só que pra gente aquilo que chamou a atenção, porque aquilo era mais grave, aí as professoras de saúde coletiva, elas gostaram muito do que a gente fez, porque foi uma intervenção boa no processo de saúde da paciente, então elas viram que a gente teve uma visão holística, como um todo que a gente procurou falar com a assistente social, informamos a enfermeira, já passamos o caso para o psicólogo, então assim, a gente olhou assim de uma maneira geral, isso podia estar prejudicando a hipertensão dela pela situação que ela vivia e o diabetes também, porque quando o filho brigava, ele não buscava medicamento para a mãe, então a gente olhou desta forma.*

Neste sentido a percepção encontrada na fala do estudante identifica a ideia do conhecimento pertinente de Morin (2000), haja vista que o contexto pode facilmente ser identificado quando o estudante reconhece a condição de estudante na execução de um trabalho e que a sua atuação era junto à família dando ao contexto significado, saindo do abstrato e indo em direção a contextualização. Segundo o Conhecimento Pertinente de Morin (2000), é necessário evidenciar o contexto, o multidimensional, o global e o complexo, de modo a favorecer uma educação que promova a “inteligência geral”, capaz de referir-se ao complexo e ao contexto, de maneira multidimensional e dentro da concepção global (MORIN, 2000).

Não somente o contexto, mas também o multidimensional e o global, já que as unidades complexas compreendem variadas dimensões em sua existência. A estudante reconhece que o trabalho era focado na abordagem de doenças crônicas

como diabetes e hipertensão, contudo identificaram um sofrimento físico, mental e psíquico na paciente em questão, dando a conotação das partes e do todo e o todo e as partes que interagem e retroagem uma sobre a outra. É impossível conhecer o todo, sem conhecer a particularidade das partes e conhecer as partes, sem conhecer o todo (MORIN, 2000; PINTO, 2015;).

No desfecho do relato da estudante frente à realidade encontrada, permeada pela IESC, observa-se nítida experiência significativa de aprendizado. Morin (2000) defende alternativas para se pensar a educação na contemporaneidade. Exige que saberes sejam religados e tenham compromisso com a solidariedade e a compreensão. Assim, novos conhecimentos são construídos, por meio de sucessivas aproximações, de forma ativa e contextualizada.

Portanto, as relações interpessoais consistem em processos que permitem uma mutualidade, ou seja, o convívio e as trocas humanas, sendo elas de cunho técnico, teórico ou de experiências cotidianas; estas propiciam o aprimoramento das pessoas e, em contrapartida, às vezes, podem dificultar o desenvolvimento das atividades realizadas (FERNANDES et al, 2015).

A IESC não pode ser observada como fenômeno, sem que seja levado em consideração, características que permeiam as relações interpessoais, entre elas a comunicação, participação, cooperação, empatia, respeito, harmonia e aprendizado. Os estudantes trouxeram estes elementos no debate nos grupos focais.

### 6.3.5 Comunicação

Os estudantes também relacionaram a IESC com comunicação:

*E1G4 Eu acredito que cada serviço tem o seu modo de assistência, [...] mas quando eu estou na atenção básica eu preciso encaminhar um paciente, [...] é sempre uma comunicação, e é muito importante para você ter o conhecimento do que o serviço que você trabalha, da finalidade dele.*

*E3G2 [...] a gente estava falando da comunicação, você acaba se comunicando do jeito que se comunicam com você, então se você recebe algo mais ríspido, você acabando ficando uma pessoa mais ríspida, [...]*

Ao relembrar o conceito da IESC é improvável não associá-lo com a comunicação, pois fala diretamente da relação dos três elos: Ensino, Serviço e a Comunidade interligados pela integração. Neste sentido, as falas indicam que nas

experiências de aprendizado o estudante percebe a comunicação como relevante, embora talvez ele não consiga vislumbrá-la de forma madura.

De acordo com Oliveira e Soares (2015), a comunicação é como um ato de compreender e compartilhar informações enviadas e recebidas, as mensagens são as formas de intercâmbios entre os envolvidos. Esta troca influenciará no comportamento das pessoas.

A comunicação pode ter objetivos específicos, por exemplo: prestar atenção nas relações interpessoais, nas relações de grupo, na transmissão de ideias e ensinamentos. Por isso, entende-se que a comunicação possui um aspecto importante no cuidado de enfermagem, essencial para estabelecer uma relação de confiança, de respeito e de empatia (SILVA, 2006).

Acreditamos frente aos relatos trazidos, que a comunicação na IESC é uma importante ferramenta na formação do estudante, e, corroborando com essa ideia, Oliveira e Soares (2015) afirmam que a comunicação envolve a importância vital que o estudante (futuro Enfermeiro) assimile sempre, se o que foi entendido corresponde ao que o outro está expressando, analisando as informações e os dados disponíveis, esclarecendo suas percepções, tentando compreender o outro.

Neste sentido a comunicação pode ser associada à compreensão humana de Morin (2000), pois ela é alcançada quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos. O sujeito humano é complexo por natureza e por definição (MORIN, 2000; FLOTER, 2015). Mas a compreensão humana vai além, porque, na realidade, ela comporta uma parte de empatia e identificação. O que faz com que se compreenda alguém que chora, por exemplo, não é analisar as lágrimas no microscópio, mas saber o significado da dor, da emoção. Por isso, é preciso compreender a compaixão, que significa sofrer junto. É isto que permite a verdadeira comunicação humana. A grande inimiga da compreensão é a falta de preocupação em ensiná-la (MORIN, 2000).

### 6.3.6 Participação

Os estudantes também relacionaram IESC com participação:

*E3G4 [...] no segundo ano que foi quando a gente tinha a participação no trabalho acadêmico, [...] para mim ter essa integração com eles nesse*

*momento, eu acho assim, que agora no quarto ano que a gente acaba tendo mais contato [...]*

*E1G4 [...] Participar da família e tudo, aquilo, [...] para mim foi muito significativo, [...] eu levo isso comigo bastante, aquele momento lá que eu passei.*

Para os estudantes da quarta série a participação está associada com a integração com outros estudantes e nos campos de estágio (família).

Para ocorrer a IESC é necessária a participação do estudante, pois participar é compartilhar; fazer parte de, unir-se por uma razão, um sentimento, uma opinião (FERREIRA, 2013). Embora não tenha sido dito desta forma, todas as ações lembradas pelos estudantes como experiências de aprendizado deixam claro que houve participação: do estudante com os profissionais dos serviços e destes com o estudante, do estudante com outros estudantes, do estudante com a comunidade, e da comunidade interagindo com o estudante.

Para Semim e colaboradores (2009), a metodologia da problematização permite a construção do conhecimento com enfoque na participação e da vivência de experiências significativas.

Observamos que a participação do estudante nas atividades propostas pelo CI em relação a IESC, procuram superar o conhecimento repetitivo e monótono, instigando a discussão coletiva e reflexiva.

### 6.3.7 Cooperação

Lembrando a IESC como tema transversal, podemos fazer aqui uma comparação do conceito com a Cooperação, que é uma ação conjunta para uma finalidade, objetivo em comum. É também uma relação baseada entre indivíduos ou organizações, utilizando métodos consensuais.

Para Piaget existem duas formas de relação social: a coação e a cooperação. A coação é a relação entre indivíduos na qual intervém um elemento de autoridade ou prestígio, representando um baixo nível de socialização, uma vez que indivíduos permanecem centrados em seu ponto de vista, seja o de quem “manda” ou impõe uma verdade como absoluta, seja o de quem obedece ou aceita sem uma visão mais crítica. A cooperação, por sua vez, caracteriza-se pela igualdade, discussão,

troca de pontos de vista e controle mútuo (CAMARGO; BECKER, 2012). Foi nesta perspectiva que as falas dos estudantes associaram a IESC.

### 6.3.8 Empatia

Os estudantes também relacionaram IESC com empatia:

*E4G2 Acho que uma coisa que entrou na integração é a empatia pelas outras pessoas.*

A empatia foi associada quando os estudantes estavam nos campos de estágio no atendimento a comunidade.

Em seus estudos, Saviato e Leão (2016) indicam que o conceito de empatia possui várias vertentes, no entanto todas consideram a capacidade de compreender os sentimentos de outra pessoa e comunicá-la de tal experiência, sempre baseada nos pilares cognitivos, afetivos e comportamentais.

Observamos, portanto, que a IESC favorece a aproximação com a empatia. Atualmente existem recomendações para a inclusão e o aprimoramento deste conteúdo na formação inicial e permanente de profissionais de saúde, uma vez que, a empatia proporciona tanto a satisfação dos pacientes quanto a dos trabalhadores (FORMIGA, 2012).

### 6.3.9 Respeito

Os estudantes também relacionaram IESC com respeito:

*E5G1 Envolve o respeito.*

*E1G4 No quarto ano, no hospital e no posto a gente vê que os profissionais médicos e estudantes de medicina já tem maior respeito, [...] com enfermagem então a gente vê a diferença do começo do curso, depois no final, tem um respeito mútuo, tanto medicina quanto enfermagem.*

*E2G1 Porque essa comunidade que está lá tem valores, crenças e costumes, então precisa respeitar.*

*E7G2 Ai você ter que entrar em um lugar e ter que começar a aceitar e respeitar muito mais a opinião de muitas pessoas mais diferentes do que você. [...] Você ser de um nível social um pouco maior, saber respeitar e valorizar aquelas pessoas que estão lá, você se despir desses seus preceitos em relação à comunidade e você entender que eles são as mesmas pessoas que você.*

O respeito é percebido pelos estudantes quando confrontados com as diferentes realidades oportunizadas pelas relações interpessoais com outros estudantes e profissionais, mas, sobretudo, na relação direta com a comunidade.

Respeitar envolve ouvir o que o outro tem a dizer, buscando interpretar o que ouvimos, ter compaixão, ser tolerante, honesto, atencioso, é entender a necessidade do autoconhecimento para poder respeitar a si próprio e, então, respeitar o outro (FERNANDES; PEREIRA, 2005).

Embora o conceito de respeito trabalhado por Houaiss, Villar e Franco (2004) seja bastante amplo, pode-se pontuar que, ao agir de forma a considerar a individualidade e a subjetividade do paciente, tratando-o com atenção, consideração e deferência, o enfermeiro estará agindo de forma respeitosa e, portanto, oferecendo cuidados mais integrais e humanizados.

Respeitar o outro nas relações interpessoais inclui também considerar os princípios bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. Esses princípios são subsidiários à dignidade humana, tornando-se um componente essencial da qualidade do cuidado (ANJOS, 2004).

Acreditamos que a IESC favorece a aquisição do respeito, pois segundo os relatos dos estudantes, o respeito é percebido nas relações interpessoais, e, deve ser incentivado sempre, pois é um mecanismo que regula e permeia as relações sociais do futuro profissional enfermeiro.

#### *6.3.10 Harmonia*

Para Ferreira (2013) harmonia é a combinação de elementos ligados por uma relação de pertinência, que produz uma sensação agradável e de prazer. A partir dessa definição, lembramos que para integrar o ensino, serviço e comunidade é necessária harmonia. Não raro, os estudantes enfrentam situações nos diversos campos de estágios, que lhes exigem habilidade pessoal e técnica para enfrentar questões relacionadas ao seu aprendizado.

#### *6.3.11 Aprendizado*

Os estudantes também relacionaram IESC com aprendizado:

*E4G4 Mas eu acredito que seja muito importante a prática caminhar junto às aulas expositivas e tutoriais, igual ocorre no nosso processo de aprendizado.*

*E6G2 Eu acho que eu aprendo quando eu vou nesses lugares, eu acho que eu aprendo mais com eles do que eu consegui passar alguma coisa pra eles sabe.*

*E4G4 É assim, [...] de um aprendizado para o outro, que as vezes tinha mudanças [...].*

*E6G4 Eu vejo assim, [...] eu não conhecia esse tipo de ensino, que ele incentiva o próprio aluno buscar o conhecimento, então o aluno tem que aprender, isso para mim eu vejo que é importante futuramente profissional [...] a gente vai aprendendo e buscando mesmo o ensino.*

*E1G1 [...] quando acrescenta esse serviço, que é quando a gente vai aprender lá fora, [...] ter contato com as pessoas estudantes, ter contato com os profissionais que nós estamos.*

As falas dos estudantes indicam que o aprendizado está intimamente ligado aos campos de estágios e ao CI, indicando que a IESC enquanto tema transversal está presente. Por sua vez o CI está baseado na metodologia ativa de ensino, e apresenta inúmeros desafios e implicações, dos quais se sobressaem o rompimento com o ensino tradicional.

Dos Santos e Meira (2015), relatam que no processo ensino-aprendizagem é recomendável que se dê ao estudante a oportunidade para exercitar seu pensamento e explorar relações, que o pensamento deixe de ser instrumento de passividade, conformismo e submissão para tornar-se um ato “libertador”, podendo ser potencializada pelo tema transversal IESC, ao integrar os centros formadores, os diversos serviços e esferas governamentais na relação direta ou indireta com a comunidade.

### 6.3.12 Valores e princípios

Os estudantes também associaram a IESC com unidade, valores e princípios:

*E2G1 [...] essa comunidade [...] tem valores, crenças e costumes [...].*

*E7G2 [...] você tem seus valores e você pensa de uma forma.*

*E7G4 Ai você ter que entrar em um lugar e ter que começar a aceitar e respeitar muito mais a opinião de muitas pessoas mais diferentes do que você é você ter que ter muita paciência, aceitar escutar as outras pessoas, a refletir e também principalmente acho que você aprende a julgar a si mesmo.*

*E7G7 Então acho que muitas vezes eu me peguei nesse meio pensando e reavaliando os meus valores, meus princípios, algumas ideias. Acho que é você conhecer o próximo e ter a mente aberta para julgar e mudar às vezes.*

*E7G2 Você ser de um nível social um pouco maior, saber respeitar e valorizar aquelas pessoas que estão lá, você se despir desses seus preceitos em relação à comunidade e você entender que eles são as mesmas pessoas que você, mas que não teve as mesmas oportunidades porque são pessoas mais carentes.*

*E6G2 Sabe quando você sai querendo valorizar mais pequenas coisas que você tem na vida? Pra mim assim... Eu gosto [...].*

A IESC oportuniza ao estudante, segundo os relatos, que os valores e princípios estão ligados a visão de mundo, na qual percebemos e interpretamos o mundo e o Eu no mundo, tanto para compreendê-lo como para transformá-lo segundo a percepção de cada um acerca da realidade vivenciada.

Para Torres (2015) fazer uso de valores e princípios para interagir com a realidade é uma excelente ferramenta qual dispõem um indivíduo, grupo social, uma comunidade e uma sociedade, para voltar ao passado, compreender seu presente e fazer previsões para construir seu futuro. Quando compreendemos que a realidade é o que o nosso método de observação nos permite perceber, e, passamos a reconhecer que nossa visão de mundo formata nossos modelos mentais, através dos quais observamos, sistematizamos, interpretamos e aportamos significado às nossas próprias experiências no mundo.

### 6.3.13 Integralidade e a humanização

No debate nos grupos focais os estudantes aprofundaram o conceito de integração, associando com interação, integralidade e humanização. Em relação à interação destacaram a interação com o paciente: E4G1...*tem uma integração entre eu e o paciente*. Em relação à integralidade, os estudantes relacionaram a integração de aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais:

*E5G1 você tem que tomar cuidado com a integridade física [...] envolve o respeito...,*

*E6G1 A integridade emocional...*

*E4G4 quando eu entrei no curso, que nós entramos no curso, sempre foi, como as meninas disseram, falado a respeito de enxergar o ser humano em*

*todos os seus aspectos social, cultural, e que a forma do curso decorrer faz parte do crescimento mesmo.*

Nesse sentido, retomamos definições de integralidade e de humanização, termos polissêmicos e com significados próximos, que se aproximam dos conceitos trazidos pelos estudantes de enfermagem.

A integralidade fala de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relaciona com um ideal de sociedade mais justa e solidária (PINHEIRO; MATTOS, 2006). Nessa lógica, a integralidade ocorre a partir dos profissionais de saúde frente aos usuários e se evidencia nas suas práticas. O entendimento da integralidade como valores coemergentes às práticas cotidianas, enfatizando que as práticas em saúde podem, ou não, apontar para integralidade, dependendo dos valores assumidos pelos profissionais (BONALDI, 2007 p. 57).

A integralidade surge como a capacidade dos profissionais de diferentes serviços de saúde interagirem com os usuários, produzindo um território comum, que possibilite o diálogo entre eles (OLIVEIRA; CUTOLO, 2012). Essas premissas teóricas se aproximam das falas dos estudantes acerca da IESC.

A humanização por sua vez como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica encontros entre subjetividades que, progressiva e simultaneamente, esclarecem e (re) constroem as necessidades de saúde, o que se entende por vida com qualidade e o modo moralmente aceitável de buscá-la (AYRES, 2004).

A humanização emerge como necessidade no contexto da civilização, uma vez que o desenvolvimento tecnológico na sociedade atual vem dificultando as relações humanas, tornando-as frias, individualistas, calculistas e objetivas, disto a necessidade de sempre ser resgatada na formação profissional do Enfermeiro, sobretudo quando o estudante estiver em contato direto com a comunidade (CASATE; CORRÊA, 2005).

Nesse estudo, observamos relatos de estudantes das quatro séries acerca da humanização e da integralidade da assistência, destacando que a assistência e o cuidado prestado ao paciente devem ser de forma integral, percebendo o paciente como um todo, não tão somente em seus aspectos biológicos, mas um ser com outras perspectivas inerentes ao ser humano. Embora não relatado explicitamente pelos estudantes, infere-se a aquisição por parte dos estudantes, da

concepção de ser humano como um ser biopsicosocioespíritual, como preconizado pelo currículo em estudo:

*E10G1 E o nosso método de estudo aqui dá essa possibilidade de não pensar somente na doença dele, mas sim como a pessoa num todo.*

*E3G4 Porque a todo momento e, a partir do momento que a gente entrou lá na academia, para estudar, foi dito para gente que o nosso currículo era integral nada de separação, então todas as etapas que a gente foi estudar, nunca separamos: - vamos estudar só fisiologia de tal coisa... vamos fazer só a parte de exame físico de tal coisa... NÃO, a gente sempre teve estudo focado num todo junto.*

Esses relatos também podem ser analisados na perspectiva de Morin (2000), utilizando o operador hologramático, onde o resultado do aprendizado do estudante não é ver somente as partes, mas sim o todo, ou seja, a doença, o exame físico, a fisiologia constitui partes de um todo, que é uma pessoa, expressando naquele momento uma necessidade de saúde ou um agravo.

Podemos comparar com a metáfora do holograma usada por Morin (2000), a fotografia obtida pelo processo holográfico. Nesse tipo de imagem, cada ponto contém quase a totalidade do objeto reproduzido. Isto é, as partes estão contidas no todo, mas o todo também está contido em cada uma das partes que o constituem.

*E1G4 É ver o paciente... Que no hospital chega um paciente da gente e se a gente for primeiro na comunidade a gente entende que aquele paciente mora em um lugar, ele tem uma família, e tudo isso vai influenciar ele a ser levado a chegada do hospital ou não, dependendo da condição socioeconômica dele, dependendo das condições da relação dele com a família de onde ele mora vai influenciar até no tratamento, até quando ele sair do hospital, como que vai ser quando ele voltar para casa?*

Nesta perspectiva, a IESC como tema transversal preconizado está em desenvolvimento. O estudante percebe os espaços onde o indivíduo, a família, coletividade, comunidade, o ensino, a integração, o serviço e a sociedade interajam entre si como um todo e como partes, incluindo a integralidade e humanização:

#### **6.4 CONCLUINDO**

Observamos que na linha de raciocínio criada pelos estudantes, que eles estão construindo concepções integradas, aproximando-se do tema. Para eles a

integração extrapola os muros do serviço, que neste momento é o hospital; da doença do indivíduo, da fisiologia, farmacologia, patologia, que o paciente é um indivíduo que tem uma família, que está inserido numa comunidade, que ele tem uma situação socioeconômica, tem relações, ou seja, partes que compõem o todo e o todo compondo partes, em movimentos de idas e vindas na construção do conhecimento. Tal análise também pode ser aplicada no relato de um estudante da primeira série acerca da humanização e integralidade:

*E6G1. Vendo ele como um todo, que ele também tem sentimentos, às vezes ele tem alguma religião [...]*

Em nossa trajetória de estudo, percebemos que o tema transversal IESC, foi trabalhado de forma subjetiva na percepção dos estudantes. Os resultados alcançados indicam que a IESC é rememorada de forma parcial e gradual no decorrer dos módulos e séries pelos estudantes, como mostram os relatos a seguir:

*E6G3 Não, porque, assim, tipo, igual nós falamos, começa de pouquinho em pouquinho, mas eu acho que deve ser assim mesmo.*

*E4G3 De acordo com a nossa maturidade mesmo, fomos crescendo, crescendo, é uma escadinha evolutiva. Igual tem a teoria, o ensino, depois a vamos para a prática, vive um pouquinho do serviço, daí depois vem o PIM, aí vamos sabendo o que é a comunidade, e vamos trabalhando junto ali, enquanto estávamos na prática do consultório a tínhamos o PIM, daí assim vai indo, vai indo.*

*E3G3 Eu acho que o que a gente fez, ensino, desse ensino a gente começa a conhecer o serviço, conhece a comunidade e depois a gente faz integração disso, a gente pega o nosso ensino, aplica ele desde a comunidade, como a B. falou, até o serviço, eu acho que o papel que a gente faz de qualidade é conseguir fazer esses links, essa integração mesmo, a gente como aluno, como profissional desde o paciente que a gente conhece na casa dele, depois a gente conhece o bairro, depois a gente conhece a família, depois a gente conhece os problemas deles, então depois a gente conhece sempre, então a gente faz muito isso, pega essa integração.*

As formas expressadas pelos estudantes indicam um crescimento gradual na percepção da IESC. Observamos que os estudantes expressaram a articulação entre o centro formador (ensino), os serviços de saúde e na participação social (comunidade). Outro fator relevante identificado foi que a comunidade ainda é vista de maneira passiva, como alguém que recebe atenção, cuidado ou intervenções em determinados momentos, mas não há uma retroação por parte dela com o Ensino, nem com o serviço.

Esses resultados indicam que para o estudante, o tema transversal inicia de forma fragmentada, como se fosse três instâncias a serem alcançadas, e vai aos poucos integrando.

Aproximando o conceito sugerido por Demarzo e colaboradores (2009), que fala da articulação entre os centros formadores de graduação e pós-graduação com os serviços de saúde nos diversos níveis de atenção e esferas governamentais e a participação social, observamos que existe relação com as concepções trazidas pelos estudantes das quatro séries:

*E1G1 - Se você consegue integração, essa integração eu acho que seria legal, senão você pularia essa fase ia direto para o serviço, logo se você tem uma integração legal, o serviço fica legal, o seu serviço fica legal, a comunidade fica agradecida, ao mesmo tempo, que a comunidade está aqui, a comunidade também está aqui, entendi? Então eu acredito que a base ali é sim, então ele está em tudo, se você não tiver ele, você não consegue alcançar, não consegue prestar o serviço à comunidade.*

Assim, o relato destaca a necessidade de primeiro integrar para depois atuar no serviço, indicando que a ação de integrar é o resultado esperado ao se atuar no serviço. Em se tratando de um estudante da primeira série, nota-se um avanço quanto à apropriação do tema.

Para Morin (2015) o complexo é compreendido como sendo aquele que é tecido junto, não trata necessariamente do simples e do difícil, mas sim da construção conjunta, da união entre a razão (*sapiens*), pois somos seres racionais, mas também somos *demens*, ou seja, o pensamento complexo diz que é necessário que acrescentemos um ao outro.

Também no pensamento complexo, mas fazendo uso do Operador Dialógico, percebemos que na fala do estudante existe o movimento de juntar coisas, entrelaçar coisas, que aparentemente estão separadas, mas que na sua essência traduz uma ação profunda de respeito ao outro, ou seja, a dialogicidade constitui a essência da aprendizagem.

Enfatizando a IESC, apresentamos um último relato de um estudante da terceira série, descrevendo os passos percorridos em sua percepção acerca do tema, reconhecendo seu papel de estudante, o próprio ensino, a comunidade (ainda que passiva) e o serviço, tecendo a cadeia de conhecimento em sucessivas aproximações com os elementos que compõe a IESC, demarcando a aproximação do tema transversal:

*E3G3 Eu acho que o que a gente fez, ensino, desse ensino a gente começa a conhecer o serviço, conhece a comunidade e depois a gente faz integração disso, a gente pega o nosso ensino, aplica ele desde a comunidade, até o serviço, eu acho que o papel que a gente faz de qualidade é conseguir fazer esses links, essa integração mesmo, a gente como aluno, como profissional desde o paciente que a gente conhece na casa dele, depois a gente conhece o bairro, depois a gente conhece a família, depois a gente conhece os problemas deles, então depois a gente conhece sempre, então a gente faz muito isso, pega essa integração*

Dessa forma, essa discussão permite considerar que a IESC é compreendida pelos estudantes em duas vertentes: a primeira arraigada a compreensão intelectual do tema, já a segunda indica uma aproximação com a compreensão humana, ressaltando nas falas questões associadas a empatia, respeito e valores entre outros aspectos.

A IESC como tema transversal e segundo análise da percepção dos estudantes corrobora com os ensinamentos de Morin (2000) acerca da compreensão, que é a um só tempo meio e fim da comunicação humana. Essa comunicação deve ser aplicada no sentido de se obter a compreensão mútua (MORIN, 2000).

Há duas formas de compreensão: a compreensão intelectual ou objetiva e a compreensão humana intersubjetiva. Compreender significa intelectualmente apreender em conjunto *comprehendere*, abraçar junto (o texto e o seu contexto, as partes e o todo, o múltiplo e o uno), em nosso caso o ensino, serviço e a comunidade (MORIN, 2000).

A compreensão intelectual passa pela inteligibilidade e pela explicação. Explicar é considerar o que é preciso conhecer como objeto e aplicar-lhe todos os meios objetivos de conhecimento. A explicação é necessária para a compreensão intelectual ou objetiva (MORIN, 2000). Em nosso estudo, observamos que em muitos momentos os estudantes ficaram somente neste limiar de discussão acerca da IESC, não associando as etapas que levam a compreensão humana.

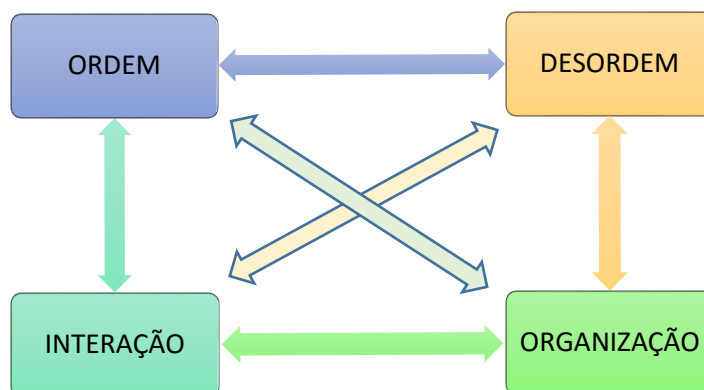
Mas a compreensão humana vai além da explicação. A explicação é bastante para a compreensão intelectual ou objetiva das coisas anônimas ou materiais. A compreensão humana comporta um conhecimento de sujeito a sujeito. Desse modo, Morin (2000) faz uso de um exemplo pertinente, pois se vemos uma criança chorando, nós a compreendemos, não pelo grau de salinidade de suas lágrimas, mas por buscar em nós mesmos nossas aflições infantis, identificando-a conosco e identificando com ela. Compreender inclui, necessariamente, um processo

de empatia, de identificação e de projeção. Sempre intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade (MORIN, 2000).

Grande parte dos estudantes trouxeram em suas falas, esses conceitos explicitados de Morin, indicando que a IESC oportuniza ao estudante aproximar-se dessas duas possibilidades de compreensão. Somando-se a essa ideia aproxima-se também dos princípios do CI do Curso de Enfermagem da UEL que visa o desenvolvimento da aprendizagem crítica reflexiva, da autonomia e da responsabilidade de seus alunos, com a utilização de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem.

Assim, finalizando podemos ainda articular a linha de raciocínio do desenvolvimento da IESC na formação do enfermeiro com os conceitos teóricos acerca do tetragrama proposto por Morin, conforme ilustra a figura 5:

Figura 5: Tetragrama de Morin.



Fonte: MORIN (2000, p. 204)

O tetragrama indica uma relação dialógica entre estes termos ordem e desordem, interação e organização, cada um deles chamando o outro, cada um precisando do outro para se constituir, um inseparável do outro, um complementando o outro em uma relação dinâmica (MORIN, 2000).

Desta forma, os resultados deste estudo mostraram que a IESC vem sendo desenvolvida na formação do enfermeiro, por meio de experiências que, por vezes, expressam concepções ordenadas e sequenciais, e outras vezes apresentam concepções separadas, divididas, desorganizadas. Mas, na continuidade da formação

os estudantes são expostos às situações que os possibilitam reorganizarem estas concepções, num movimento constante de reconstrução de suas aprendizagens.

## *CONSIDERAÇÕES FINAIS*



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assimilar como o tema transversal IESC ocorre em um CI na ótica dos estudantes, como esperado, foi intensamente desafiador para mim. Mas hoje posso constatar que proporcionou agrupar valiosas informações e reflexões para o alcance dos objetivos propostos nesse estudo, permitindo compreender nuances de como a IESC está sendo desenvolvida no curso de Enfermagem da UEL.

Em nossa reflexão inicial acreditávamos ser um tema pouco explorado e de difícil entendimento. Nesse sentido, havia uma preconceção de que para os estudantes, durante os grupos focais, também poderia não ser entendido e tão pouco abstraído seu conceito e suas concepções enquanto tema transversal.

Durante o período de coleta de dados, por vezes, parecia que isto estava realmente acontecendo. No entanto, ao mergulhar na análise do material transcrito pudemos aproximar-nos das várias concepções de IESC que os estudantes de enfermagem trouxeram. Observamos um movimento de construção e reconstrução das concepções de IESC durante os debates nos grupos focais e esse movimento mostrou-se ainda mais claro durante a análise.

Outra observação importante foi o movimento empreendido para compreender a trajetória histórica da IESC na educação de forma geral e na formação em saúde. Conhecer o passado de isolamento da academia frente às necessidades do serviço e da comunidade, os movimentos de luta para a abertura das universidades, a necessidade de alavancar projetos que resgatassem e impulsionassem essa aproximação, como foram os casos do projeto IDA, Programa UNI e Rede UNIDA foi ímpar no meu processo de amadurecimento.

Outro destaque de fundamental importância foi aproximar-me do projeto pedagógico do CI do Curso de Enfermagem da UEL, mergulhar nos cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares, nos princípios norteadores da proposta, na metodologia problematizadora empregada, identificar os cenários de ensino e aprendizagem, perceber os espaços onde se desenvolve a IESC. Esta fase foi reveladora.

A análise documental permitiu refletir que o tema transversal é apresentado de forma mais implícita do que explícita, mas está presente nas quatro séries do curso. No entanto, consideramos que ainda pode ser melhorado na

apresentação e direcionamento das atividades teóricas e práticas aos estudantes, com vistas a auxiliá-los a fazerem as articulações teórico-práticas.

Associando os resultados da análise documental com as premissas do conhecimento pertinente de Morin podemos observar que o ensino não é um conhecimento por si só, mas sim reflexo da realidade, que para ser aprendido necessita ser contextualizado, trabalhado em sua multidimensionalidade e de maneira global. Que é necessário fazer articulações entre as partes e o todo, não esquecendo sua complexidade. Há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto do conhecimento e seu contexto, sua multidimensionalidade e sua complexidade.

Dessa forma, a análise documental mostrou que o tema transversal IESC pode ainda ser aprofundado. Isto pode ocorrer por meio de planejamento de atividades reflexivas para os estudantes, contribuindo também para diminuir os riscos de percepções equivocadas da realidade.

As experiências significativas de IESC nos campos de prática foram relacionadas pelos estudantes indicando que os conhecimentos adquiridos têm sentido quando aplicados à prática. Os módulos PINs sobressaíram nas percepções dos estudantes, associados diretamente com as visitas domiciliares, sendo fonte norteadora de aprendizagens significativas, articulando diferentes conceitos teóricos do ciclo básico e profissional, ampliando conhecimentos acerca das realidades sociais, gerando independência na atuação do estudante e vivência de sentimentos que culminam com a apropriação de concepções da IESC.

A última categoria discutida, concepções de IESC atribuídas pelos estudantes, permitiu analisar que os estudantes alcançam uma certa maturidade ao aprofundar a discussão do tema, na associação da IESC com: união de pessoas, interdisciplinaridade, trabalho em saúde, relações interpessoais e a integralidade e humanização. Merecem destaque a interdisciplinaridade, o trabalho em saúde e as relações interpessoais.

O trabalho em saúde, trazido pelos estudantes, confere à problematização do CI, a oportunidade do estudante aplicar o pensamento crítico, capaz de transformar as condições de sua existência, em relação aos diferentes problemas vivenciados, como fator instigante de mudança de realidade.

A IESC relacionada às relações interpessoais nesse estudo destacou as relações entre estudantes de diferentes cursos, professores e estudantes e estudantes e profissionais/equipe de saúde.

É preciso enfatizar que as relações interpessoais têm um significado especial nas relações psicossociais, marcadas pelas propriedades afetivas e específicas da profissão de Enfermagem. Nas discussões trazidas pelos estudantes acerca desse assunto, reiteramos que as relações interpessoais advindas da IESC, são marcadas pela necessidade de comunicação, participação, cooperação, empatia, respeito, harmonia, aprendizado e dos valores e princípios, indicando que o estudante extrapola o conceito da IESC, indo além de sua definição e dos documentos dos módulos.

Constatamos, portanto, a importância deste tema transversal à luz do pensamento complexo de Edgar Morin e seus princípios operadores, que é necessário aproximar a discussão da IESC a ponto de torná-la explícita, tanto nos documentos dos módulos quanto na sua organização, com vistas a se atingir o todo, religando as partes e fazendo que elas dialoguem entre si.

A pretensão deste estudo não é apenas ressaltar a discussão da IESC no CI do Curso de Enfermagem da UEL, mas apresentar o tema transversal a outras instituições de ensino, aos enfermeiros dos serviços, incluindo a comunidade como partícipe e com caráter ativo. Concluímos que essa pesquisa não se esgota aqui, pelo contrário que seja um caminho para outras discussões voltadas para a importância da IESC na formação do enfermeiro.

# REFERENCIAS



## 8 REFERÊNCIAS

ABEn. Associação Brasileira de Enfermagem. Carta de Florianópolis, Congresso Brasileiro de Enfermagem. 51, 1999. Anais. Florianópolis: ABEn, 1999.

AGUIAR P. E. M. Universidade no contexto da América Latina: 90 anos da reforma de Córdoba e 40 anos da reforma universitária brasileira. Políticas Educativas, v. 2, n. 1. 2008

ALBUQUERQUE F. M. de L. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968 University in Brazil: from its origins to university reform–1968. 2006.

ALBUQUERQUE, A. B. B; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. de Saúde Pública. 2009; 25(5): 1103-12

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P. REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356- 362, 2008.

ALENCAR, A. T.; MARTINS, F. M. R.; CAMPOS, V. M. Navegando na história da educação brasileira. 2014. Disponível em: <<http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/r.html>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

ANJOS, M. F. Dignidade humana em debate. Bioética 2004; 12(1): 109-14.

ARAÚJO, D.; GOMES DE MIRANDA, M. C.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 31, p. 20-31, 2014.

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. Psicologia educacional. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BARBOUR, R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2005.

BATISTA, R. S. P. *et al.* Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 159-170, 2013.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2012.

BERGAMINI, C. W. *Psicologia aplicada á administração de empresas*. São Paulo: Editora Saraiva, 2005.

BOMENY, H. A reforma universitária de 1968, 25 anos depois. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 9, n. 26, p. 1-14, out. 1994.

BONALDI, C. *et al.* O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. CEPESC, 2007. p. 53-72.

BRASIL. CNE/CES no. 3/2001. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de graduação em Enfermagem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 nov. 2001. Seção 1, p.37.

\_\_\_\_\_. Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 nov. 1968. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L5540.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5540.htm)>. Acesso em: 10 maio de 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no país e dá outras providências. In: \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. *Enfermagem, legislação e assuntos correlatos*. 3. ed. Rio de Janeiro, 1974. v. 1, p. 154-157.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional., *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 dez. 1996.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1961. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 dez. 1961. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l4024.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4024.htm)>. Acesso em: 14 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Parecer CFE nº 163, de 28 de janeiro de 1972. Dispõe sobre o currículo mínimo dos cursos de enfermagem e obstetrícia. In: \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. *Enfermagem, legislação e assuntos correlatos*. 3. ed. Rio de Janeiro, 1974. v. 3, p. 721-724.

\_\_\_\_\_. Parecer CFE nº 271, de 19 de outubro de 1962. Dispõe sobre o currículo mínimo do curso de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação

Serviços de Saúde Pública. Enfermagem, legislação e assuntos correlatos. 3. ed. Rio de Janeiro, 1974. v. 2, p. 249- 253.

\_\_\_\_\_. Parecer CFE nº 314, aprovado em 6 de abril 1994. Dispõe sobre o novo currículo mínimo do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 nov. 1994. Seção 1, p. 1.791.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001a. Seção1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0301Enfermagem>> Acesso em: 05/05/2013

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção1, p. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0401Medicina>>. Acesso em 05 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 2 de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001c. Seção1, p. 9. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em 08 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 de março de nov. 2002a. Seção 1, p. 10. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0302Odontologia.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 fevereiro de 2002b. Seção1, p. 11. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>> Acesso em: 08 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890. Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. Decretos do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil. Coleção de Leis do Brasil, Rio de Janeiro, n. 9, p. 2456, 1890.

\_\_\_\_\_. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. In: Cadernos RH saúde, Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, nº 1, 1993b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Parecer nº 1.133, de 07 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília(DF): Ministério da Educação e Cultura; 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília(DF): Ministério da Educação e Cultura; 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União [Internet] Brasília, 24 out 2011. [Acesso em 02 abril 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, n. 2, p. 229-233, 2002.

CAMARGO, L. S.; BECKER, M. L. R. O percurso do conceito de cooperação na epistemologia genética. Educação & Realidade, v. 37, n. 2, 2012.

CAMPOS, L. R. G.; RIBEIRO, M. R. R.; DEPES, V. B. S. Autonomia do graduando em enfermagem na (re) construção do conhecimento mediado pela aprendizagem baseada em problemas. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 5, p. 818, 2014.

CARVALHO, B. G. et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 19-26, Feb. 2012.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista latino-americana de Enfermagem, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R.B; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.) 52

Construções da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE -. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. Brasília, 2008

CORRÊA, A. K. et al. Metodologia problematizadora e suas implicações para a atuação docente: relato de experiência. Educ. rev, v. 27, n. 3, p. 61-77, 2011.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UERN. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-47, mar. 2010.

CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. Acta Paul Enferm, v. 21, n. 3, p. 412-9, 2008.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad Saúde Pública, v. 20, n. 3, p. 780-8, 2004.

DELORS, J.; AL-MUFTI, I.; AMAGI, I.; CARNEIRO, R.; CHUNG, F.; GEREMEK, B.; GORHAM, W. Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Tradução de José Carlos Eufrazio. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DEMARZO, M. M. P et al. Diretrizes para a integração ensino-serviço-comunidade na formação em atenção primária à saúde e medicina de família e comunidade. Rev APS, v. 12, p. 228-229, 2009.

DESSUNTI, E. M.; GUARIENTE, M. E. M.; KIKUCHI, E. M.; TACLA, M. T. G. M.; CARVALHO, W. O.; NÓBREGA, G. M. A. Contextualização do currículo integrado do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. In: KIKUCHI, E.M.; GUARIENTE, M.H.D.M. (Org.). Currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina: UEL, 2014. p. 17-32.

FARIA, H. P. et al. Processo de Trabalho em Saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009 p. 21.

FERNANDES, H. N., et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. Rev Pesqui Cuid Fundam (Online), v. 7, n. 1, p. 1915-26, 2015.

FERNANDES, J. D. et al. Aderência de cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do sistema único de saúde. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 82-89, Mar. 2013.

- FERNANDES, M. F. P; PEREIRA R. C. B. Percepção do professor sobre o respeito. *Nursing* 2005; 87(8): 375-9.
- FERREIRA, A. B. de H. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. Curitiba: Positivo; 2007. Participação das autoras Fátima Geovanini redigiu o artigo e Marlene Braz realizou a revisão crítica. Recebido, v. 18, n. 9.2013, 2013.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO*, Londrina, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.
- FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.
- FLOTER, F. S. Aprendizagem para o trabalho em equipe: reflexões na perspectiva do estudante de enfermagem e do Pensamento Complexo. 2015. 216 fls. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2015.
- FONSECA, J. G. C. O trabalho em rede: uma meta e uma estratégia. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Org.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina. teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 103-108.
- FORMIGA, N. S. Os estudos sobre empatia: reflexões sobre um construto psicológico em diversas áreas científicas. [Internet]. Porto (Portugal): O portal dos psicólogos; 2012 [citado 15 mai 2014]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0639.pdf>
- FRANQUEIRO, N. V. J. Formação gerontológica em um curso de graduação em enfermagem: análise curricular mediante as novas diretrizes da educação. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GALVÃO, S. F. de O. L.; FAZENDA, I. C. A. A parceria na interdisciplinaridade: formação de uma nova consciência coletiva—estudos a partir das vivências em ensino superior. *Interdisciplinaridade. Revista do Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade*. ISSN 2179-0094., v. 1, n. 5, p. 42-60, 2014.
- GARANHANI, M. L. *et al*. Integrated nursing curriculum in Brazil: A 13-year experience. **Creative Education**, v. 4, n.12B, p. 66-74, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4236/ce.2013.412A2010>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

GARANHANI, M. L.; ALVES, E.; NUNES, E. F. P. A.; ARAÚJO, L. D. S. Princípios pedagógicos e metodológicos do currículo integrado de Enfermagem. In: DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. (Org). O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 35-58.

GATTI, B. A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. In: Série Pesquisa em Educação. Líber Livro, 2005.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUARIENTE, M. H. D. M.; KIKUCHI, E. M; CARVALHO, W. O; VANNUCHI, M. T. O.; DESSUNTI, E. M.; GASTALDI, A. B. Seivas do currículo integrado de enfermagem. In: Kikuchi, E. M.; Guariente, M. H. D. M. (Org.). Currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina: UEL; 2014. p. 93-128

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. (2004). Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva.

ITO, E. E.; PERES, A. M.; TAKARASHI, R. T.; LEITE, M. M. J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, v. 8, n. 1, p. 49- 70, 2001.

LERVOLINO, A.S; PELICIONI M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev. esc. enferm USP. 2001;35(2):115-21.

LIMA, J. O. Uma estratégia para articulação ensino-serviço no SUS-BA: a rede de integração da educação e trabalho na saúde. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

LOPES NETO D., et al. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. Rev. bras. Enferm. 2007 nov; 60(6): 625-34.

LOPES, R. E.; COSTA SILVA, A.; NÓBREGA-TERRIEN, S. M. Formação reflexiva no ensino da enfermagem: discussão à luz de Schön. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 47-58, 2015.

M1 - BERNARDY, C. C. F.; DELLAROZA, M. S. G; LOPES, D. B. M; MORENO, F. N. A. Universidade e o Curso de Enfermagem da UEL. UEL. Londrina: UEL, 2013.

M2 - GONZÁLEZ, A. D; PELAYO, J.; KERBAUY, G. Processo saúde doença. UEL. Londrina: UEL, 2013.

M3 - BABBONI, V. S. et al. Aspectos morfofisiológicos e psíquicos do ser humano. UEL. Londrina: UEL, 2013.

M4 - PETRIS, A. J. et al. Práticas interdisciplinares e interação ensino, serviço e comunidade I. Londrina, UEL, 2013.

M5 – CARVALHO, W. O. et al. Práticas interdisciplinares e interação ensino, serviço e comunidade II. UEL. Londrina: UEL, 2013.

M6 - YAGI, M. C. N.; KRELING, M. C. G. D. Práticas do cuidar. Londrina: UEL, 2013.

M7 - FONSECA, L. F. et al. Central de material e biossegurança. Londrina: UEL. Londrina, 2013.

M8 - CARVALHO, B. G. et al. Organização dos serviços de saúde. UEL. Londrina: UEL, 2012b.

M9 - FONTES, M. C. F. et al. Saúde do adulto I. Londrina, UEL, 2012.

M10 – BOBROFF, M. C. C.; RIBEIRO, R. P. Saúde do adulto II. Londrina: UEL, 2013.

M11 - SOUZA, S. N. D. H. et al. Saúde da criança e do adolescente. Londrina: UEL, 2013.

M12 - Saúde da Mulher e Gênero. Londrina: UEL, 2013. (Sem referência completa no caderno do módulo).

M13 –DESSUNTI, E. M. et al. Doenças transmissíveis: prevenção e cuidado. Londrina: UEL, 2013.

M14 - REZENDE, R. C. B. et al. Saúde mental: ações de enfermagem nos diversos níveis de assistência. Londrina: UEL, 2012.

M15 - GASTALDI, A. B. et al. Cuidado ao paciente crítico. UEL. Londrina, 2013.

M16 – VANNUCHI, M. T. O. et al. Internato em enfermagem hospitalar. Londrina: UEL, 2013. 243

M17 – BADUY, R. S. et al. Internato em enfermagem em saúde coletiva. UEL, 2013. MACHADO, K. Graduação: é preciso mudar-transformações dependem de políticas de educação e de saúde. Revista RADIS, Rio de Janeiro, v. 5, p. 9-11, 2002.

MARSIGLIA, R. G. Relação Ensino/Serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.

MARTINS, M. G. et al. Revisão integrativa sobre o Conceito de Trabalho em Equipe na Perspectiva da Integralidade na Atenção Primária à Saúde. 2013.

MEDEIROS JÚNIOR, A. *et al.* Experiência extramural em hospital público e a promoção da saúde bucal coletiva. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 305-10, 2005.

MELO, A. C. B. de. Conflitos na Equipe de Trabalho da Unidade de Pronto Socorro de um Hospital Particular e sua Influência na Assistência ao Paciente. Recife, 2012

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde na enfermagem. *Texto Contexto- Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13 (Sup 2), p. 2133-2144, 2008.

MORIN, E. Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e o ensino fundamental. Tradução Edgar de Assis Carvalho. Natal: EDUFRN, 2000a.

MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Edgar Morin: Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgar de Assis Carvalho – 2ª ed – São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2000b.

MORIN, E.; ALMEIDA, M.C.; CARVALHO, E.A. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. 104p

MORIN, Edgar. O método 5: a humanidade da humanidade. Edgar Morin; trad Juremir Machado da Silva. 5ª edição - Porto Alegre: Sulina, 2012.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. Edgar Morin; tradução: Eliane Lisboa. 5ª edição. – Porto Alegre Sulina, 2015a, 120p.

MORIN, E. O método 2: a vida da vida. Tradução: Marina Lobo. 5ª edição – Porto Alegre: Sulina, 2015b. 527p.

MORIN, E. Site Oficial. Disponível em: [www.edgarmorin.org](http://www.edgarmorin.org) Acesso em 12 de novembro de 2015c.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Olho Mágico*, v. 8, n. 3, 2001.

NEVES, C. A. B.; ROLLO, A.. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (Série B. Textos básicos em Saúde), v. 2, 2006.

NÓBREGA-TERRIEN, S. M.; GUERREIRO, M. G. S.; MOREIRA, T. M. M.; NORONHA, A. B.; SOPHIA, D.; MACHADO, K. Graduação: é preciso mudar. *Revista RADIS*, Rio de Janeiro, n. 5, p. 9-18, dez. 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e sociedade*, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

OLIVEIRA, A. M.; SOARES, E. A Comunicação como Importante Ferramenta nas Orientações em uma Unidade de Hemodiálise: um estudo reflexivo. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, v. 5, n. 3, p. 118-123, 2015.

OLIVEIRA, C. O.; CUTOLO, L. R. A.. Humanização como expressão de integralidade. *Mundo Saúde*, v. 36, n. 3, p. 502-6, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*, v. 42, n. 6, p. 1090-6, 2008.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N.M. *Epidemiologia e Saúde*. 6 ed. São Paulo: Medsi, 2003a.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PILETTI, N. *História da Educação no Brasil*. 6ª. ed. São Paulo: Ática, 1996. p. 106.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. UERJ, 2006.

PINTO, A. C. Educação em enfermagem e Edgar Morin : reflexões sobre o conceito de ser humano / Anaísa Cristina Pinto. – Londrina, 2015. 244 f. : il. Orientador: Mara Lúcia Garanhani. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

RESSEL, L. B.; BECK, C. L. C.; GUALDA, D. M. R.; RESSEL, L.B. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v.17, n.4, p.779-786, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

RIBEIRO, M. I. L. C. A teoria, a percepção e a prática do relacionamento interpessoal (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica; 2005.

ROMANELLI, O. História da educação no Brasil: 1930-1973. Petrópolis: Vozes, 1991.

ROSSATO, R. Universidade: nove séculos de história. Passo Fundo: EdiUPF, 1998.

ROSSI, E.; GIACOMINI, C. H. O Currículo e a integralidade da formação. In: ROSSI, E. (Org.). *Ensino e saúde: práticas multidisciplinares*. Curitiba: Ed. Maio, 2004. p. 12-28.

SANTOS, J.; MEIRA, K. C. Operações de pensamento e estratégias de ensino: relações e complexidade como uma alternativa para tomada de decisão na dinâmica dos processos de ensino-aprendizagem. *Gestão e Saúde*, p. Pag. 2025-2038, 2015.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDAN, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. São Leopoldo, Ano 1, n. 1, 2009.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R.. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Escola Anna Nery*, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A.; CARVALHO, A. M. P. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 285-291, mar./abr. 2006.

SEMIM, G. M., et al. Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão de estudante de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 30, n. 3, p. 484, 2009.

SGUISSARDI, Valdemar. O desafio da educação superior no Brasil. Quais são as perspectivas? *Avaliação*, v. 5, n. 2, p. 7-24, 2000.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais: desafios e perspectivas. In: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>

SILVA, J. P. Sistematização da assistência de enfermagem na formação do enfermeiro: um olhar sob o pensamento complexo. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

SILVA, M. J. P. Comunicação tem remédio- a comunicação nas relações interpessoais em saúde, 4ª edição. São Paulo: Editora Gente; 2006.

SOUZA, A. T. O. de et al . A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 68, n. 4, p. 713-722, Aug. 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000400713&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400713&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680420i>.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. IESUS, v. 2, n. 1, Abr/Jun. 1998.

TÔRRES, José Júlio Martins. Teoria da complexidade: uma nova visão de mundo para a estratégia1. Revista Integra Educativa, v. 2, n. 2, 2015

VILELA, S. C.; CARVALHO, A. M. P.; PEDRÃO, L. J. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. Revista de de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 96-102, 2014.

XAVIER, M. P.; ARAÚJO, J. S. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. Saúde em Foco, v. 1, n. 1, p. 137-149, 2014.

YIN, R. K. Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos. Bookman editora, 2015.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****“INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: um olhar sob o pensamento complexo”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa **“INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE: ANÁLISE DO TEMA TRANSVERSAL NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UM CURRÍCULO INTEGRADO”**, realizada em Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é analisar a implantação e implementação do tema transversal na prática pedagógica de um Currículo Integrado do Curso de Enfermagem.

A sua participação é muito importante e ela se daria mediante técnica do Grupo Focal, na qual você e demais participantes serão incentivados por meio de questões norteadoras a debater sobre o tema proposto. Esta atividade será gravada por gravador de voz e acontecerá mediante agendamento na conveniência dos participantes do grupo e em ambiente privativo e propício a gravação.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os depoimentos gravados serão transcritos para análise de conteúdo e as fitas serão incineradas após utilização a que se destina.

Os benefícios esperados são resgatar a trajetória da proposta curricular do Curso de Enfermagem e possibilitar a reflexão quanto ao alcance do Currículo Integrado na formação do enfermeiro pretendido, bem como subsidiar outras escolas quanto ao modelo acadêmico construído. Não existem riscos aos participantes do estudo.

Informamos que o participante da pesquisa não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas

decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com *Elias Pedro da Silva Junior, Rua Jose Roque Salton, 250 – Apt. 606 Torre 1, Jardim Terra Bonita, fone (43) 3026-5709 e (43) 91515709, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371 – 2490.*

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**Pesquisador Responsável**

Nome:: \_\_\_\_\_

RG:: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (**nome por extenso do sujeito de pesquisa**), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**APÊNDICE B – Termo de Confiabilidade e Confidencialidade****TERMO DE CONFIABILIDADE E CONFIDENCIALIDADE**

Eu Elias Pedro da Silva Junior, brasileiro, casado Mestrando do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, inscrito no CPF:005.165.519-57, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“CURRÍCULO INTEGRADO DE UM CURSO DE ENFERMAGEM: TEMAS TRANSVERSAIS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL”**, a que tiver acesso nas dependências do Colegiado de Enfermagem do Centro de Ciência da Saúde, subunidade CCS e na PROGRAD, unidade UEL.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia, acima mencionada. A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

---

**Elias Pedro da Silva Junior**  
Mestrando em Enfermagem pela UEL  
Fones: (43) 3026-5709 – 91515709

**ANEXO**

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

### APÊNDICE C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 Universidade Estadual de Londrina  
 Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	200/2013
CAAE:	18931613.5 0000 5231
Data da Relatoria:	15/11/2013
Pesquisador(a):	Mara Lúcia Garanhani
Unidade/Orgão:	CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem
<p>Prezado(a) Senhor(a)</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p><b>"CURRÍCULO INTEGRADO DE UM CURSO DE ENFERMAGEM: temas transversais e formação profissional"</b></p>	
<p>Situação do Projeto: <b>Aprovado</b></p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL, via Plataforma Brasil, relatório final da pesquisa.</p>	
<p align="center">Londrina, 18 de novembro de 2013.</p> <p align="center">   <b>Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli</b>          Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos          Universidade Estadual de Londrina       </p>	

