



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Flavia Pedro dos Anjos Santos

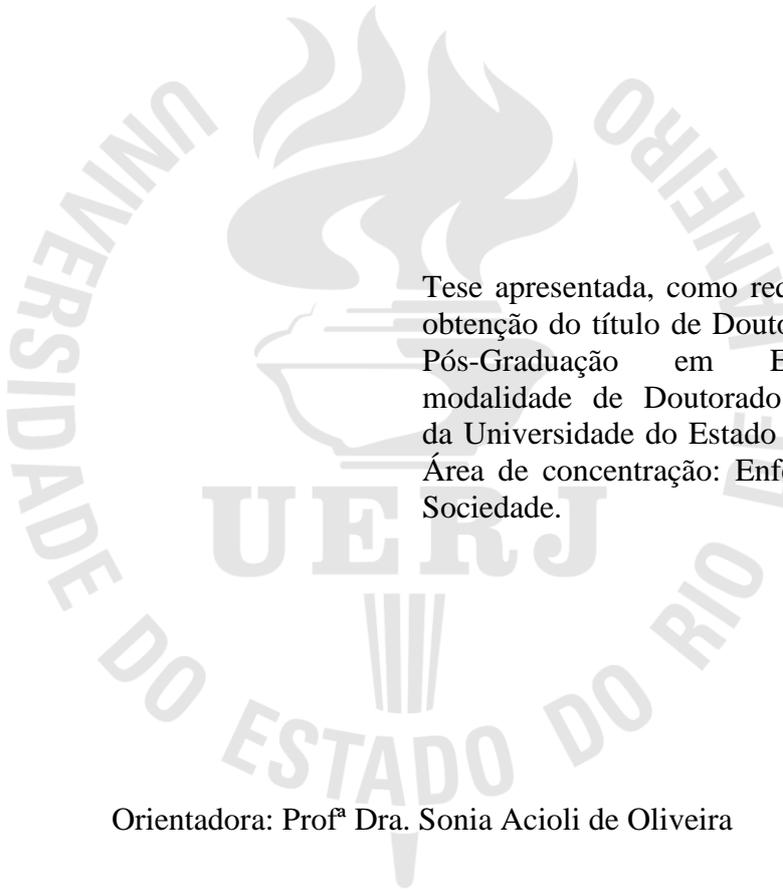
**Práticas de cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde e sua
interface com a formação profissional**

Rio de Janeiro

2019

Flavia Pedro dos Anjos Santos

Práticas de cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde e sua interface com a formação profissional



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na modalidade de Doutorado Interinstitucional, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª Dra. Sonia Acioli de Oliveira

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S238 Santos, Flavia Pedro dos Anjos.
Práticas de cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde e sua interface com a formação profissional / Flavia Pedro dos Anjos Santos - 2019.
196 f.

Orientador: Sonia Acioli de Oliveira.
Tese (Doutorado Interinstitucional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Educação em Enfermagem. I. Oliveira, Sonia Acioli de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Flavia Pedro dos Anjos Santos

Práticas de cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde e sua interface com a formação profissional

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na modalidade de Doutorado Interinstitucional, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 9 de abril de 2019.

Banca Examinadora:

Prof^ª Dra. Sonia Acioli de Oliveira (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^ª Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^ª Dra. Adriana Alves Nery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof^ª Dr. Cezar Augusto Casotti

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof^ª Dra. Daniela Arruda Soares

Universidade Federal da Bahia

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida mãe, Floriza dos Anjos que, por muitas vezes, abdicou de si mesma para dar vida à minha vida. Seus ensinamentos e exemplo me mostram por onde devo caminhar e me fazem ter coragem para prosseguir sempre de cabeça erguida, pois sei que tenho um verdadeiro exemplo de mãe, de mulher e de ser humano. És a pessoa mais doce e mais forte que conheço. Te amo e te admiro por toda minha vida!

AGRADECIMENTOS

A Deus, Alfa e Ômega, onipotente e amoroso que, nesta caminhada, não me deixou sozinha um minuto sequer, me surpreendendo a cada momento com seu cuidado sem limites e com esse doutorado realmente me ensinou um jeito novo de viver, como havia me revelado em oração. O Teu amor me encanta, Senhor!!!! A Ti toda honra, glória e louvor pelos séculos sem fim!!!!

À Virgem Maria, Minha Mãezinha do céu, que me cobriu com seu manto sagrado, me colocou em seu colo e com sua intercessão junto a Seu Filho Jesus me deu proteção, livramento e amor. Ave cheia de graça, bendita és tu entre as mulheres!!!

A meu pai, Ozeas Pedro Neto, por sempre ter confiado no meu potencial e por todo orgulho que sente de mim e de minhas conquistas. Suas bênçãos nas idas e vindas ao Rio de Janeiro me fizeram mais forte para enfrentar os desafios. Te amo!!!

A Idelfonso Filho, meu esposo amado, por todo apoio, carinho, compreensão e, sobretudo, pelo amor que só nos dois sabemos o quanto é forte e especial. Obrigada por cuidar de nossos filhos com tanto amor e zelo em minhas ausências e também por seu amor e cuidado para comigo, pois você foi luz em muitos momentos de escuridão, iluminou muitas noites escuras que vivenciei neste percurso. Sem você não teria conseguido alcançar essa vitória. Te amo demais!!!

A meus filhos, Alexandre e Isabelle Maria, maiores presentes que Deus me concedeu, que me impulsionam a ser uma pessoa melhor a cada dia. Vocês se preocuparam comigo, sentiram minha ausência no período que passei no Rio de Janeiro, se alegraram com minhas vitórias, sofreram com minhas angústias e apesar de tudo isso vocês conseguiram tornar minha jornada mais suave com seus abraços, beijos, histórias engraçadas, risadas... tudo isso me fortaleceu para prosseguir sem olhar para trás! Vocês são incríveis!!! Alegram meu viver, me surpreendem! Obrigada pelo carinho e por torcer por meu sucesso. Amo vocês por toda minha vida!!!!

Aos meus irmãos Paulo, Zequinha, Oziel e Argemiro pela alegria de sermos simplesmente irmãos para o que der e vier. Bom demais ter vocês em minha vida!!!

À minha cunhada Gil, por ter cuidado de minha mãe com tanto carinho nos momentos de minhas ausências em virtude das atividades do doutorado.

À minha orientadora professora Dra. Sonia Acioli, pessoa admirável, comprometida com a enfermagem e com a vida humana, que soube dosar competência e sensibilidade ao me

conduzir durante o doutorado. Obrigada por sua atenção, por confiar em meu potencial e pela sua acolhida desde o dia que nos conhecemos, principalmente no período que estudei no Rio de Janeiro.

Às professoras Helena Maria Scherlowski Leal David, Donizete Vago Daher, Vera Maria Sabóia e Mercedes de Oliveira Neto pelas valiosas contribuições no exame de qualificação do projeto desta tese.

À professora Dra. Adriana Alves Nery, por ter contribuído significativamente com minha formação, sendo minha professora na graduação, minha orientadora no mestrado e membro da pré-banca e banca de defesa de minha tese. Obrigada por suas valiosas contribuições que enriqueceram a minha tese e principalmente pela amizade que foi construída entre nós.

À professora Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, por ter proporcionado momentos enriquecedores em suas aulas no doutorado e por ter contribuído com suas valiosas considerações ao realizar a leitura atenta de minha tese.

Ao professor Dr. Cezar Augusto Casotti, por ter disponibilizado seu tempo para a leitura de minha tese e me estimular a investir na produção científica. Obrigada pela atenção que sempre teve comigo!

À professora Dra. Daniela Arruda Soares, por sua disponibilidade em participar da pré-banca e banca de defesa de minha tese e por ter contribuído com suas relevantes considerações.

À professora e amiga, Vanda Palmarella Rodrigues, por ser um exemplo de profissional e de ser humano, por sempre acreditar no meu potencial e ter me incentivado a cursar este doutorado. Você sempre esteve tão atenta às minhas preocupações, angústias e aos meus filhos em minhas ausências. Obrigada por ter me ajudado nos momentos mais difíceis dessa caminhada. Sou grata a Deus pelo dom de sua vida e pela sólida amizade que existe entre nós!!!

Às minhas colegas e amigas, Joana e Zulmerinda, que conquistaram meu coração no período que moramos juntas no Rio de Janeiro. Desejo que o amor das Meninas da Vila dure por toda a vida.

Aos irmãos do Grupo de Oração Água Viva que me ajudaram a discernir a vontade de Deus para minha vida quando tive que tomar a difícil decisão de cursar esse doutorado. Suas orações, compreensão e apoio foram fundamentais para que eu desse passos firmes e ao final dessa jornada pudesse dizer assim como o apóstolo Paulo: “combati o bom combate, terminei a minha carreira, guardei a fé” (II Tim. 4,7).

Às amigas do coração, Patrícia Anjos, Linalva Oliveira, Moema Souza, Tatiana Couto e Anamélia Sobral, pela certeza da amizade, das orações, da torcida e por saber que somos amigas para todas as horas. Obrigada por sempre acreditarem em meu potencial e por se orgulharem de mim. Somos amigas, somos irmãs!!!

À Luzia Almeida, irmã de fé, que cuidou de meus filhos em minhas ausências. Obrigada pelo carinho e pelas orações que fizeram toda diferença nessa caminhada e na vida de minha família.

Ao professor Antonio Codina, por suas maravilhosas aulas de inglês no período preparatório para o exame de proficiência e por ter realizado a revisão ortográfica de minha tese. Você sempre será nosso professor extraordinário!!!

Ao professor Ian Farias por nossos diálogos hermenêuticos que contribuíram valiosamente para me ajudar a compreender e me apaixonar pela hermenêutica filosófica.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que nos conduziu com maestria durante as aulas das disciplinas do doutorado.

A todos os funcionários da Universidade do Estado do Rio de Janeiro que nos acolheu de forma calorosa no período que estivemos no Rio de Janeiro.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB, por todo empenho e apoio para que pudéssemos alcançar êxito em todas as atividades que desenvolvemos neste doutorado.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia por ter viabilizado condições para o desenvolvimento deste doutorado interinstitucional.

À Secretaria Municipal de Saúde, por ter autorizado a coleta de dados desta pesquisa.

A todos os enfermeiros, participantes do estudo, que acreditaram na proposta desta pesquisa e contribuíram de forma relevante para concretização desta tese. A vocês o meu muito obrigada!

A todos os colegas do doutorado: Zulmerinda, Joana, Sílvia, Márcio, Vívian, Aline, Daniela, Ana Dulce, Terezinha, Charles e Lucimara pela aprendizagem proporcionada por nossa convivência.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram durante minha caminhada neste período que cursei o doutorado.

RESUMO

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos. **Práticas de cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde e sua interface com a formação profissional**. 2019. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Esta pesquisa abordou questões relativas à inter-relação existente entre a formação do enfermeiro e suas práticas de cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como objetivo geral compreender as práticas de cuidado de enfermeiros da APS do município de Jequié/BA e a relação com sua formação profissional. Como objetivos específicos pretendemos identificar os aspectos da formação profissional que influenciam as práticas de cuidado do enfermeiro da APS do município de Jequié/BA e analisar as contribuições da formação profissional para as práticas de cuidado do enfermeiro da APS do município de Jequié/BA. A pesquisa foi realizada em quinze equipes de Saúde da Família e quatro centros de saúde que compõem a APS no município de Jequié. Os participantes do estudo foram vinte e sete enfermeiros que atuam na APS do referido município. Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados foi utilizada a hermenêutica filosófica de Gadamer que propiciou o estabelecimento das seguintes categorias: categoria 1 - contexto das práticas de cuidado do enfermeiro e a relação com a formação; categoria 2 - aspectos da formação profissional que influenciam a prática do enfermeiro e categoria 3 - integração ensino-serviço-comunidade no contexto da formação do enfermeiro. Os resultados do estudo demonstraram fragilidades no diálogo e na interação entre os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, Instituição de Ensino Superior e usuários, sendo um desafio para se efetivar o envolvimento das instâncias implicadas no processo de formação profissional e de atenção à saúde. No que concerne aos aspectos que contribuíram para a formação do enfermeiro, foram destacados o acompanhamento docente e a inserção dos discentes em programas de monitoria, atividades de pesquisa e extensão, os quais colaboraram para sua formação crítica e para a compreensão sobre a atuação do enfermeiro no contexto do SUS. Alguns enfermeiros revelaram que tiveram dificuldades para relacionar a teoria à prática em virtude de algumas disciplinas terem sido trabalhadas de forma desarticulada da realidade das práticas do enfermeiro na APS e também sinalizaram que, durante sua formação, não perceberam envolvimento e colaboração por parte de alguns enfermeiros que atuavam nas Unidades de Saúde, gerando lacunas para a sua aprendizagem e exigindo maior acompanhamento do docente que, por vezes, não apresentava conhecimento teórico-prático. Os entrevistados também apontaram que, em alguns momentos, sua formação enfatizou a aprendizagem técnica, gerando certo distanciamento da formação comprometida com as necessidades de saúde do usuário e com a dimensão subjetiva do cuidar. Também foi evidenciada a coexistência de fragilidades e potencialidades no processo de integração ensino-serviço-comunidade, suscitando reflexões sobre a necessidade de diálogo entre os envolvidos neste processo para assegurar que profissionais das Unidades de Saúde possam compreender e valorizar as atividades realizadas pelos discentes nessas Unidades. Torna-se relevante a articulação entre a gestão da APS, profissionais de saúde, usuários, docentes e discentes do curso de graduação em enfermagem para se elaborar estratégias que visem a fortalecer a formação e atuação do enfermeiro na APS.

Palavras-chave: Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Cuidados de Enfermagem. Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos. **Care practices of Primary Health Care nurses and their interface with professional training.** 2019. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This research addressed issues related to the relationship between nurses' training and their care practices in Primary Health Care (PHC), with the general aim of understanding their practices in the PHC of the municipality of Jequié, Bahia, Brazil, and their relationship with their professional training. As specific objectives we intended to identify the aspects of professional training that influence their care practices in the PHC and analyze the contributions that this professional training brings to their care practices. The research was carried out in fifteen Family Health teams and four health centers that make up the PHC in the municipality of Jequié. The study participants were twenty-seven nurses who work in the PHC of this municipality. We used a semi-structured interview as the data collection technique. For the analysis of the data we used the philosophical hermeneutics of Gadamer that allowed the establishment of the following categories: category 1 - context of the nurses' care practice and its relationship with training; category 2 - aspects of professional training that influence the nurses' practice; and, category 3 - teaching-service-community integration in the context of the nurses' training. The results of the study showed weaknesses in the dialogue and interaction between the subjects of the management, of the health services, Higher Education Institution and users, thus pointing to a challenge in promoting the involvement of the bodies involved in the process of professional training and healthcare. With regard to aspects that contributed to the nurses' training, the emphasis was placed on the teaching assistance and the inclusion of the students in monitoring programs, and research and extension activities, which collaborated for their critical training and for the understanding on the nurses' performance in the context of the Public Health Care System. Some nurses revealed that they had difficulties to relate theory to practice because some disciplines were learned in a way that was disjointed of the reality of the nursing practices in the PHC. Moreover, they also signaled that, during their training, they did not perceive involvement and collaboration on the part of some nurses who acted in the Health Units, generating gaps for their learning and requiring greater accompaniment of the teacher, who, at times, did not present theoretical-practical knowledge. The interviewees also pointed out that, at times, their training emphasized technical learning, generating a certain distance from the training committed to the health needs of the users and from the subjective dimension of care. The coexistence of weaknesses and potentialities in the teaching-service-community integration process was also evidenced, provoking reflections on the need for a dialogue among those involved in this process to ensure that the professionals of the Health Units should understand and value the activities carried out by the students in those Units. The articulation between PHC management, health professionals, users, teachers and undergraduate nursing students is thus relevant in order to elaborate strategies that aim to strengthen the training and performance of nurses in the PHC.

Keywords: Nursing. Primary Health Care. Nursing Care. Nursing Education.

RESUMEN

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos. **Prácticas de cuidado del enfermero de la Atención Primaria a la Salud y su interfaz con la formación profesional**. 2019. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Esta investigación abordó cuestiones relativas a la interrelación existente entre la formación del enfermero y sus prácticas de cuidado en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud (APS), teniendo como objetivo general comprender las prácticas de cuidado de enfermeros de la APS del municipio de Jequié, Bahia, Brasil, y la relación con su formación profesional. Como objetivos específicos pretendemos identificar los aspectos de la formación profesional que influyen sus prácticas de cuidado y analizar las contribuciones de la formación profesional para esas prácticas. La investigación fue realizada en quince equipos de Salud de la Familia y cuatro centros de salud de Jequié con veinti siete enfermeros como participantes del estudio. Como técnica de colecta de datos, utilizamos la entrevista semiestructurada y para su análisis utilizamos la hermenéutica filosófica de Gadamer que propició el establecimiento de las siguientes categorías: categoría 1 - contexto de las prácticas de cuidado del enfermero y su relación con la formación; categoría 2 - aspectos de la formación profesional que influyen la práctica del enfermero; y, categoría 3 - integración enseñanza-servicio-comunidad en el contexto de la formación del enfermero. Nuestros resultados demostraron fragilidades en el diálogo y en la interacción entre los sujetos de la gestión, de los servicios de salud, Institución de Enseñanza Superior y usuarios, siendo un desafío para efectivizar el involucramiento de las instancias implicadas en el proceso de formación profesional y de atención a la salud. En lo que concierne los aspectos que contribuyeron para la formación del enfermero, fueron destacados el acompañamiento docente y la inserción de los discentes en programas de monitoria, actividades de investigación y extensión, los cuales colaboraron para su formación crítica y para la comprensión sobre la actuación del enfermero en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS). Algunos enfermeros revelaron que tuvieron dificultades para relacionar la teoría a la práctica en virtud de que algunas disciplinas fueron trabajadas de forma desarticulada de la realidad de las prácticas en la APS y también señalaron que, durante su formación, no percibieron involucramiento y colaboración por parte de algunos enfermeros que actuaban en las Unidades de la Salud, generando lagunas para su aprendizaje y exigiendo un mayor acompañamiento del docente que, a veces, no presentaba conocimientos teórico-prácticos. Los entrevistados también apuntaron que, en algunos momentos, su formación enfatizó el aprendizaje técnico, generando un cierto distanciamiento de la formación comprometida con las necesidades de salud del usuario y con la dimensión subjetiva del cuidar. También se evidenció la coexistencia de fragilidades y potencialidades en el proceso de integración enseñanza-servicio-comunidad, suscitando reflexiones sobre la necesidad de diálogo entre los implicados en este proceso para asegurar que los profesionales de las Unidades de la Salud puedan comprender y valorizar las actividades realizadas por los discentes en esas Unidades. Así, la articulación entre la gestión de la APS, los profesionales de la salud, usuarios, docentes y discentes del grado en enfermería se vuelve relevante para elaborar estrategias que visen a fortalecer la formación y actuación del enfermero en la APS.

Palabras clave: Enfermería. Atención Primaria a la Salud. Cuidados de Enfermería. Educación en Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação dos centros de saúde do município de Jequié-BA, com número de enfermeiros, número de pessoas acompanhadas e localização.....	70
Quadro 2 – Relação das USF do município de Jequié-BA, com número de enfermeiros, número de pessoas acompanhadas e localização.....	70
Quadro 3 – Síntese da organização das categorias com suas respectivas subcategorias.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLS	Conselho Local de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ECS	Estágio Curricular Supervisionado
EPS	Educação Permanente em Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
eAB	equipes de Atenção Básica
FAINOR	Faculdade Independente do Nordeste
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LILACS	<i>Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGES	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	15
1	BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS.....	21
1.1	Revisão de literatura.....	21
1.1.1	<u>O cuidado e suas implicações para a prática do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde.....</u>	23
1.1.2	<u>Contextualização histórica da Atenção Primária à Saúde.....</u>	33
1.1.3	<u>Pelos caminhos da formação do enfermeiro: em busca da articulação teoria-prática na Atenção Primária à Saúde.....</u>	46
1.2	O cuidado e sua relação com as práticas do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.....	55
1.3	Formação profissional numa perspectiva crítica e reflexiva.....	60
2	METODOLOGIA.....	64
2.1	Referencial filosófico.....	64
2.2	Tipo de estudo.....	68
2.3	Campo do estudo.....	69
2.4	Participantes do estudo.....	72
2.5	Questões éticas.....	73
2.6	Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	74
2.7	Análise e interpretação dos dados.....	76
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	79
3.1	Categoria 1: Contexto das práticas de cuidado do enfermeiro e a relação com a formação profissional.....	79
3.2	Categoria 2: Aspectos da formação profissional que influenciam a prática do enfermeiro.....	100
3.2.1	<u>Subcategoria 1: Processos que contribuem para a articulação teoria-prática.....</u>	101
3.2.2	<u>Subcategoria 2: Lacunas da formação do enfermeiro na relação teoria-prática.....</u>	117
3.3	Categoria 3: Integração ensino-serviço-comunidade no contexto da formação do enfermeiro.....	133

4	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	149
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
	REFERÊNCIAS	156
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	186
	APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada.....	190
	ANEXO A – Autorização institucional para a coleta de dados e declaração de infraestrutura.....	191
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da FAINOR/ Plataforma Brasil.....	192
	ANEXO C – Solicitação de autorização para coleta de dados à SMS de Jequié.....	195
	ANEXO D – Autorização da SMS de Jequié para coleta de dados nas Unidades de Saúde.....	196

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa aborda questões relativas à inter-relação existente entre a formação do enfermeiro e suas práticas de cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde¹ (APS), considerando a transversalidade do cuidado tanto para a formação quanto para a atuação do enfermeiro, como elemento estruturante para a ressignificação da identidade da enfermagem como prática social.

O cuidado de enfermagem compreende a execução de procedimentos técnicos aliada ao respeito, à manutenção da dignidade e à responsabilidade entre os envolvidos na relação de cuidar, não se restringindo a fazer ou executar técnicas e procedimentos, mas expressando um sentido atitudinal por ser em sua essência relacional (NEVES, 2002; WALDOW, 2012).

Nessa direção, a APS se configura como o nível do sistema de saúde que possibilita a inversão da lógica curativista, centrada na doença, para uma atenção centrada nas necessidades de saúde² dos usuários, com ênfase nas ações de prevenção e promoção da saúde, na perspectiva de possibilitar que o usuário ao ter o primeiro contato com o sistema de saúde possa encontrar respostas às suas necessidades e problemas de saúde³ (STARFIELD, 2002; VUORI, 1984).

Nas últimas décadas, têm sido crescente o interesse e prioridade pela APS no Brasil e no mundo, considerando que em movimentos nacionais e internacionais dos sistemas de saúde é atribuído à APS um importante papel de porta de entrada e ordenadora de todo o sistema de saúde (AQUINO et al., 2014).

¹ No Brasil, utiliza-se a terminologia Atenção Básica para se referir a Atenção Primária à Saúde, inclusive nos documentos oficiais, contudo, nesse estudo optamos pelo termo Atenção Primária à Saúde considerando que o mesmo expressa maior proximidade com os princípios de universalidade e participação social do Sistema Único de Saúde e com a ação comunitária em nível local proposto pela Estratégia Saúde da Família (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

² As necessidades de saúde são representadas pelas condições que possibilitam ao usuário gozar saúde e podem ser expressas por vulnerabilidades, riscos, doenças, carências, entre outros projetos ou ideais de saúde passíveis de serem supridos pela articulação intersetorial e sob a forma de necessidades de serviços de saúde atendidas pela utilização de serviços no sistema de saúde. Através das habilidades sociais e da linguagem, estas necessidades podem ser expressas em termos de demanda ou pedido, individual ou coletivamente (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

³ Os problemas de saúde são discrepâncias entre a realidade observada e a norma socialmente construída, podendo ser problemas do estado de saúde da população (danos e riscos) e problemas do sistema de serviços de saúde relacionados a infraestrutura, gestão, organização, financiamento e modelo de atenção (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Para estas autoras, no cenário brasileiro, embora as experiências de criação e expansão de serviços de atenção voltados para os cuidados primários em saúde tenham ocorrido desde o início do século XX, apenas nos anos de 1990, com a Estratégia Saúde da Família (ESF), houve a formulação de uma política de abrangência nacional que atribuiu à APS um papel central na organização do sistema de saúde.

Para o enfermeiro, a ESF representa a possibilidade de superação de ações biologicistas centradas na doença e no profissional médico, com perspectiva de reorientar suas práticas em direção ao compromisso ético do cuidar (MATUMOTO et al., 2011).

O enfermeiro tem se destacado na construção e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo primordial que sua formação esteja em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com as políticas públicas de atenção à saúde (SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011; FRACOLLI; CASTRO, 2012).

Por sua vez, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) destacam a necessidade de interlocução entre os setores da educação e saúde para a efetivação de mudanças processuais na formação do enfermeiro com ênfase nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2001a).

Um estudo evidencia que o processo de formação do enfermeiro exerce uma forte influência em sua prática profissional partindo da premissa de que suas habilidades, competências e conhecimentos são constituídos a partir da sua graduação, podendo gerar impactos satisfatórios ou não em seu perfil profissional e na qualidade do cuidado aos usuários (PIRES et al., 2014).

Outros estudos também identificaram que alguns enfermeiros têm apresentado dificuldades em sua atuação profissional em virtude das universidades enfatizarem as habilidades técnicas em detrimento das competências gerenciais e de liderança, apontando para a necessidade das universidades reforçarem as ações privativas do enfermeiro para que sua formação contribua com a construção de um perfil profissional crítico e reflexivo (NEVES; SANNA, 2016; RAMOS, T. et al., 2018).

Achados da literatura internacional ressaltaram ainda que conteúdos curriculares essenciais ao enfermeiro são ministrados e executados durante a graduação. Contudo, muitos egressos de enfermagem apresentam dificuldades em realizá-los em sua prática profissional, além de demonstrar ações destituídas de uma reflexão crítica, sendo primordial que a formação supere as abordagens técnico-mecanicistas e avance para metodologias que desenvolvam habilidades com criticidade, conhecimento e atitude (ALAMRI; ALMAZAN, 2018; CHRIZOSTIMO; BRANDÃO, 2015).

Nessa direção, com base na relevância da formação para as práticas de cuidado do enfermeiro, esta pesquisa tem como objeto de estudo as práticas de cuidado do enfermeiro da APS e a relação com sua formação profissional.

O interesse em estudar essa temática emergiu de nossa atuação profissional como docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié, na disciplina Estágio Curricular Supervisionado I do oitavo semestre do curso de graduação em enfermagem. Esta apresenta como eixo norteador a vivência das práticas de cuidado do enfermeiro nas Unidades de Saúde da Família (USF) no âmbito individual e coletivo, por meio de ações gerenciais, educativas e assistenciais aos núcleos familiares.

Durante a realização dos estágios, foi possível perceber que, no cotidiano das práticas do enfermeiro, alguns profissionais centravam suas práticas na realização de técnicas e procedimentos e outros profissionais nos usuários.

Também contribuiu para o delineamento desse estudo a elaboração da dissertação de mestrado, no ano de 2010, intitulada “Processo de trabalho das equipes de Saúde da Família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão”, cujos resultados evidenciaram que os profissionais das equipes da ESF realizavam o cuidado aos usuários com hipertensão arterial por meio de consultas, visitas domiciliares e atividades educativas, com ênfase no estabelecimento de vínculo, acolhimento e confiança, na perspectiva da integralidade do cuidado, sobretudo por parte do enfermeiro e do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Os resultados evidenciaram ainda que as práticas de alguns profissionais eram realizadas com base no modelo biomédico⁴, com priorização de procedimentos, normas e protocolos preestabelecidos.

A partir desses resultados percebemos a necessidade de que essas práticas fossem direcionadas ao cuidado à pessoa, com a valorização da vida e não com o foco na doença, sendo necessário empreender esforços na busca por estratégias que apoiem os profissionais de saúde a analisarem como vêm realizando suas práticas, no intuito de direcionar suas ações aos propósitos do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde dos usuários (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

⁴ O modelo biomédico desenvolveu a concepção técnica, fragmentada e biologistica do ensino da saúde que ainda são muito presentes nas práticas e no ensino de diversos cursos da área da saúde. Suas características centradas em procedimentos e equipamentos tecnológicos, segmentação do corpo humano, foco no individualismo e nas doenças ocasionaram a origem de múltiplas especialidades médicas, desvalorização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, negação da saúde pública, dos grupos sociais e comunidade bem como a centralização no profissional médico e no ambiente hospitalar para a cura de doenças (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010).

No ano de 2011, com a finalidade de aprofundar o conhecimento sobre as práticas dos profissionais de saúde na APS, ressaltamos a atuação como colaboradora do projeto de pesquisa intitulado “A organização do processo de trabalho e da assistência à saúde em municípios de pequeno porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do estado da Bahia”, que evidenciou a organização do trabalho, na maioria dos municípios estudados, com divisão rígida das tarefas na qual os profissionais atuavam com incipiente articulação de saberes e com ênfase na realização de procedimentos.

Tais experiências suscitaram, no ano de 2013, a elaboração de um projeto de pesquisa intitulado “Entendimento de usuários sobre o cuidado produzido por enfermeiras das equipes de Saúde da Família”, com a finalidade de contribuir com o (re)direcionamento das práticas do enfermeiro que atua na ESF, a partir da ótica dos usuários.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que a prática de cuidado do enfermeiro na ESF apresenta-se permeada pela escuta, acolhimento e diálogo. Contudo, foi identificado que esta prática também apresenta ênfase nos aspectos biológicos e tecnicistas, não valorizando o contexto sócio-histórico em que o usuário está inserido e as repercussões para sua saúde (SANTOS, F. et al., 2016).

Também apontou que as orientações realizadas durante a consulta, denotam o compromisso do enfermeiro em buscar o diálogo mais individualizado, sendo um momento de maior aproximação e interação com os usuários, de modo a identificar suas inquietações e anseios. Entretanto, as ações de educação em saúde parecem ser realizadas de modo prescritivo, voltadas ao aspecto biológico (SANTOS, F. et al., 2016).

Tais achados suscitaram reflexões sobre a necessidade de a formação profissional legitimar o cuidado como essência do processo de formação do enfermeiro, na perspectiva de consolidar em suas práticas a dimensão subjetiva e relacional do cuidar (SANTOS, F. et al., 2016).

A formação do enfermeiro precisa avançar do ensino centrado em técnicas e conteúdos, desconectado da subjetividade humana, para relações de ensino-aprendizagem mais humanizadas, emancipatórias e críticas, de modo a contribuir para que a prática de cuidado do enfermeiro seja permeada pela valorização da pessoa em sua singularidade e subjetividade (FRACOLLI; CASTRO, 2012; TAVARES; RODRIGUES, 2012).

Convém evidenciarmos ainda que alguns estudos têm identificado a necessidade da realização de pesquisas a partir da ótica dos profissionais que atuam nos serviços de saúde,

com a finalidade de elaborar estratégias que potencializem o interprofissionalismo⁵ desde a graduação e contribuir com a inserção de enfermeiros capacitados para atuar e subsidiar a consolidação e implementação da APS, bem como melhorar a qualidade do cuidado aos usuários (FERNANDES et al., 2013; MORAES; COSTA, 2016; CHUA et al., 2015; LIMA, C. et al., 2016; POGHOSYAN et al., 2016).

Assim, com o propósito de contribuir com as reflexões sobre as práticas de cuidado do enfermeiro na APS, apresentamos as questões que norteiam este estudo:

- a) Qual a relação existente entre as práticas de cuidado de enfermeiros da APS do município de Jequié/BA e sua formação profissional?
- b) Quais aspectos da formação profissional influenciam as práticas de cuidado do enfermeiro da APS do município de Jequié/BA?

No intuito, de responder a essas questões de pesquisa delineamos os seguintes objetivos:

- a) Objetivo geral:
 - Compreender as práticas de cuidado de enfermeiros da APS do município de Jequié/BA e a relação com sua formação profissional.
- b) Objetivos específicos:
 - Identificar os aspectos da formação profissional que influenciam as práticas de cuidado do enfermeiro da APS do município de Jequié/BA;
 - Analisar as contribuições da formação profissional para as práticas de cuidado do enfermeiro da APS do município de Jequié/BA.

No intuito de propiciar sustentação para o objeto de estudo propomos a seguinte tese:

A formação profissional se constitui em um dos elementos fundamentais para o fortalecimento das práticas de cuidado do enfermeiro na APS, sobretudo se for norteadada pela articulação teoria-prática e pela integração entre ensino-serviço-comunidade no contexto do SUS.

Nessa direção, este estudo se justifica ao possibilitar uma compreensão mais aprofundada sobre as questões que envolvem a prática de cuidado do enfermeiro e sua formação profissional, no intuito de visualizar a maneira como a formação tem contribuído

⁵ O interprofissionalismo possui relevância tanto na formação profissional quanto nas práticas de saúde, uma vez que se vincula à noção de trabalho em equipe e à construção de conhecimentos por meio do diálogo, do respeito às singularidades dos diversos saberes e práticas profissionais, da reflexão ética na tomada de decisões e de habilidades de liderança, gerenciamento e comunicação. Tais aspectos buscam reduzir o corporativismo profissional e reforçar a colaboração e interação entre os membros da equipe para que se consiga superar a fragmentação do cuidado ainda presente no multiprofissionalismo (ARAÚJO et al., 2017; FRENK et al., 2010).

para que futuros enfermeiros possam adquirir competências, habilidades e criticidade para atuar na APS.

Assim, optamos por utilizar a hermenêutica filosófica de Gadamer que proporcionará compreender a amplitude da singularidade das vivências do enfermeiro no que se refere a sua formação e a sua prática de cuidado na APS, de modo que seja possível identificar novas perspectivas para sua atuação profissional.

O estudo também poderá contribuir para promover reflexões sobre as práticas de cuidado do enfermeiro e sua relação com a formação profissional, de modo a evitarmos a separação entre a teoria e a prática que, por vezes, ocorre nas práticas de cuidado, visando ainda contribuir para que a formação deste profissional valorize a dimensão dialógica, subjetiva e relacional do cuidar.

Também poderá contribuir para a elaboração de estratégias que impulsionem a reorganização do ensino e das práticas de cuidado do enfermeiro a partir do estímulo à criticidade dos discentes e do envolvimento dos enfermeiros que atuam na APS, docentes e gestão da saúde.

No que se refere à pesquisa e extensão, o estudo poderá apontar para o desenvolvimento de pesquisas que visem realizar intervenções tanto no campo da saúde quanto do ensino de modo a aprimorar a formação e as práticas de cuidado do enfermeiro.

1 BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

Neste capítulo, contextualizamos o objeto de estudo a partir de autores que fundamentam o conhecimento sobre a inter-relação entre as práticas de cuidado do enfermeiro da APS e sua formação profissional.

Assim, este capítulo foi organizado em três seções:

1.1 – Revisão de literatura, a qual possibilitou identificar a lacuna do conhecimento a partir de estudos sobre o enfermeiro e sua formação profissional no contexto da APS;

1.2 – O cuidado e sua relação com as práticas do enfermeiro na APS, na qual utilizamos os estudos de Acioli e colaboradores, por apresentar subsídios que possibilitaram uma visão mais ampliada sobre a relação indissociável entre o cuidado e a prática do enfermeiro na APS;

1.3 – Formação profissional numa perspectiva crítica e reflexiva, que foi estruturada a partir dos estudos de Ceccim e Feuerwerker, no intuito de contribuir para compreensão da formação do enfermeiro a partir da interlocução entre os sujeitos que atuam no campo da saúde e do ensino.

1.1 Revisão de literatura

No intuito de identificarmos as produções científicas sobre as práticas de cuidado do enfermeiro da APS e sua relação com a formação profissional realizamos uma análise dos estudos publicados em bases de dados da *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), da Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), do Portal Regional da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e do PubMed, nos últimos cinco anos com os descritores “Enfermagem”, “Atenção Primária à Saúde”, “Educação em enfermagem”, “Nursing”, “Primary Health Care” e “Nursing education”.

Os estudos encontrados na BVS a partir dos descritores “Enfermagem” AND “Atenção Primária à Saúde” evidenciaram a atuação do enfermeiro na APS com ênfase na ESF, nas questões éticas vivenciadas por enfermeiros da APS e nos desafios e possibilidades

do enfermeiro que atua na ESF (FREITAS; SANTOS, 2014; NORA; ZABOLI; VIEIRA, 2015; CAÇADOR et al., 2015).

Por sua vez, os estudos encontrados no PubMed com os descritores “Nursing” AND “Primary Health Care” abordaram a percepção de enfermeiras chilenas sobre o significado do cuidado de enfermagem na APS, a intenção de enfermeiras australianas continuarem atuando na APS e as contribuições para o cuidado interprofissional no Canadá, a partir das práticas e interações dos enfermeiros que atuam com crianças, além de reportar os cuidados primários da Austrália, Holanda e Reino Unido (VERA et al., 2018; AGGAR et al., 2018; TURLEY et al., 2018).

No que se refere aos estudos sobre a formação do enfermeiro, os achados da BVS por meio dos descritores “Enfermagem” AND “Educação em enfermagem” enfatizaram a avaliação do currículo do curso de graduação em enfermagem, a contribuição da formação para o gerenciamento em enfermagem, a percepção de graduandos sobre sua formação e os princípios do SUS e as abordagens teóricas, metodológicas e pedagógicas que direcionam a formação do enfermeiro durante a graduação (MEIRA; KURCGANT, 2016; ALMEIDA et al., 2014; WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016; PIRES et al., 2014).

Os estudos encontrados a partir dos descritores “Nursing” AND “Nursing education” no PubMed evidenciaram novas abordagens de ensino na formação do enfermeiro a partir do envolvimento do graduando em enfermagem como sujeito ativo no processo de aprendizagem teórico-prático, do desenvolvimento do pensamento crítico dos docentes do curso de enfermagem durante a supervisão de graduandos do Canadá e da realização de ações interprofissionais implementadas na Austrália, Estados Unidos, Suécia, Reino Unido e Singapura (HENDERSON et al., 2018; RAYMOND et al., 2018; LEVETT-JONES et al., 2018).

Também analisamos as produções científicas a partir do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), a partir dos descritores “Enfermagem”, “Educação em enfermagem” e “Atenção Primária à Saúde” na área de concentração em Enfermagem e Enfermagem em Saúde Pública, sendo possível identificar que as teses abordaram o ensino e a prática do enfermeiro na perspectiva de doenças, agravos, grupos populacionais, planejamento e gestão.

Assim, não encontramos nenhum estudo que se reportasse à formação profissional sob a ótica de enfermeiros que atuam na APS, sendo identificado apenas o estudo apresentado por Juaréz-Flores et al. (2015) que teve uma aproximação com o estudo proposto ao descrever a opinião de egressos de enfermagem sobre a coesão dos conteúdos curriculares e a prática do

enfermeiro. Entretanto, este estudo foi direcionado para a avaliação curricular dos egressos de uma determinada Instituição de Ensino Superior (IES) com atuação na área hospitalar.

Mediante o exposto, evidenciamos uma lacuna do conhecimento decorrente da ausência de estudos que discutissem a prática de cuidado do enfermeiro que atua na APS com ênfase na sua formação profissional, apontando para a necessidade da realização de pesquisas que possam gerar reflexões sobre essa temática.

Assim, a revisão de literatura foi estruturada em três momentos, a saber: 2.1.1 O cuidado e suas implicações para a prática do enfermeiro da APS; 2.1.2 Contextualização histórica da APS; e 2.1.3 Pelos caminhos da formação do enfermeiro: em busca da articulação teoria/prática na APS.

1.1.1 O cuidado e suas implicações para a prática do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde

A palavra “cuidado” é proveniente do latim *cura* ou *coera*, utilizada no contexto de relações de apreço que expressa a atitude de desvelo, preocupação e inquietação por uma pessoa ou objeto querido (BOFF, 2004).

Para este autor, o cuidado pressupõe duas formas de atenção que demandam saberes distintos e complementares: o cuidado técnico, com foco na intervenção que indica domínio de uma pessoa sobre a outra; e o cuidado ético, que valoriza as virtudes e as ações transformadoras existentes no encontro entre duas pessoas.

O cuidado também é entendido como um modo de fazer na vida cotidiana caracterizando-se pela atenção, responsabilidade e zelo com pessoas e coisas em lugares e tempos distintos de sua realização (PINHEIRO, 2006).

Nessa direção, o termo “cuidado”, em sua origem etimológica, apresenta significados intrinsecamente unidos que propicia solicitude e atenção pelos outros bem como a preocupação e inquietação em virtude do reconhecimento de que somos responsáveis uns pelos outros, em decorrência da interdependência de uma rede de vida que entrelaça o ser humano (ZABOLI; FRACOLLI; CHIESA, 2013).

Na área da saúde, o cuidado é a sua própria razão de ser, sendo o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais, com potencial para interrogar as formas como são produzidas as ações de saúde e a organização das instituições responsáveis por essas ações (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2011).

Portanto, o cuidado não pode ser compreendido como um conceito distante da realidade concreta dos serviços de saúde, sendo necessário ser vivenciado nas relações entre pessoas para produzir modos de ser no mundo (GONÇALVES; BRIGAGÃO, 2014).

A enfermagem, por meio de suas práticas, possui a responsabilidade de tornar o cuidado visível, pois o cuidado apresenta-se como a essência dessa profissão e, ao mesmo tempo, se configura em seu objeto de estudo e de trabalho (WALDOW, 2012; CARVALHO, 2013).

Com efeito, o cuidado compõe a linguagem da enfermagem, caracterizando-se como a única ação verdadeiramente independente da enfermagem, porquanto normas, procedimentos e técnicas podem ser prescritos, mas o cuidado não, pois não se pode prescrever um modo de ser (WALDOW, 2012).

Ademais, o processo de cuidar está alicerçado no pensamento crítico, criatividade, liderança, habilidades, intuição e conhecimento, com o objetivo de promover, assegurar e restaurar a dignidade e integridade das pessoas através do diálogo e do inter-relacionamento entre os envolvidos nesse processo (RODRÍGUEZ; CUEVAS; CABRERA, 2017).

O cuidar é um processo intencional, imprescindível em todas as situações de enfermidade, incapacidade e no processo de morte, sendo primordial para os homens viverem e se relacionarem (WALDOW, 2012).

É preciso reencontrar o sentido original do cuidado, que perpassa pela convicção de que cuidar não é sinônimo de tratar, pois o cuidado é indispensável à vida e nenhum tratamento é capaz de substituí-lo (COLLIÈRE, 2001).

Para esta autora, torna-se fundamental reinventar os cuidados vivificantes que geram desalienação tanto para os que recebem o cuidado como para os que prestam o cuidado, possibilitando que esses atores sociais possam se (re)criar.

Corroborando com esta afirmação, o estudo realizado com usuários e profissionais das equipes da APS de um município do Rio de Janeiro evidenciou que os usuários priorizavam a busca por exames e medicamentos em detrimento da valorização das práticas de cuidado da equipe; por sua vez, os profissionais destas equipes demonstraram dificuldade em perceber a importância de desenvolver ações que pudessem contribuir para mudar esse cenário (SILVA; ROMANO, 2015).

Outro achado da literatura revelou que os enfermeiros da APS de um distrito sanitário de Belo Horizonte apontaram que o cotidiano destes profissionais apresentava acúmulo de normatizações, sobrecarga de trabalho e infraestrutura precária, ocasionando falta de reflexão crítica sobre suas práticas e, conseqüentemente, dificuldades de superar os estados de

alienação gerados por esse cotidiano, principalmente pela sobrecarga de trabalho, além de gerar frustração e dúvidas sobre o seu desempenho na ESF frente às metas e pactuações estabelecidas pela gestão (CAÇADOR et al., 2015).

Dessa maneira, é primordial o resgate da centralidade do cuidar na enfermagem tanto em sua cientificidade como em sua arte, tendo em vista que os aspectos técnicos contribuíram com a eficiência da profissão, mas também a tornou menos humana. Ou seja, o cuidado técnico passou a predominar dando maior visibilidade às atividades relacionadas ao tratamento e à cura do que o cuidado ao ser humano (WALDOW, 2012).

Para a ressignificação do cuidado de enfermagem é preciso recordar o seu objetivo de manter a continuidade da vida com qualidade/bem-estar, ou seja, é preciso voltar ao que se conhece sobre a arte de cuidar (SANTOS, 2013).

O enfermeiro possui a responsabilidade social de contribuir para a transformação do cuidar massificado e despersonalizado em um cuidado que possa valorizar o usuário para além de rotinas e protocolos (GONÇALVES; BRIGAGÃO, 2014).

A ação de cuidar expressa o compromisso de manter a dignidade e a singularidade do ser humano, abrangendo a capacidade de decisão, o respeito, a gentileza, a criticidade e a sensibilidade, os quais se tornam diferenciais entre o cuidado e a mera realização de procedimentos (SALVIANO et al., 2016).

Nesse sentido, o cuidado se configura em fenômeno que ao ser analisado nas práticas do enfermeiro que atua na APS poderá contribuir significativamente para a superação de ações fragmentadas e descontextualizadas neste campo, bem como poderá potencializar o reconhecimento e valorização da enfermagem como profissão alicerçada no cuidar.

Um dos dilemas vivenciados pela enfermagem se refere à forma fragmentada como o cuidado vem sendo operado no cotidiano de suas práticas, sendo um desafio a construção do fazer enfermagem em contraposição à prática tecnicista, individualizada e centrada nos aspectos biológicos (ASSIS et al., 2015).

Um estudo realizado no Chile evidencia que as enfermeiras manifestaram o desejo de ir além das práticas alicerçadas no modelo biomédico, pois acreditam que a qualidade no cuidado perpassa por ações realizadas diretamente aos usuários, interação com os mesmos e responsabilidade compartilhada. Entretanto, estas profissionais relataram a sobrecarga decorrente das várias tarefas, sendo primordial o envolvimento de todos os níveis da gestão para que seja consolidado o cuidado numa visão mais ampla e resolutiva (VERA et al., 2018).

No campo da saúde, o modelo biomédico aliado ao modo de ser e conviver na pós-modernidade têm determinado a ruptura entre o mundo do trabalho e o cuidado produzido

pelos profissionais de saúde, indicando a perda da essência das relações entre o trabalho e o cuidado bem como do compartilhamento e equilíbrio imprescindíveis para a sobrevivência da pessoa (PIRES, 2013; BOFF, 2004; ALMEIDA; PEREIRA, 2012).

Convém ressaltar que o avanço tecnológico e a organização capitalista do trabalho contribuíram para a fragmentação do cuidado ao ser humano e para a hierarquização do trabalho, ocasionando o individualismo e a valorização da tecnologia em detrimento das relações permeadas pelo cuidado e pela autonomia dos envolvidos no processo de cuidar (PIRES, 2013; BOFF, 2004).

Outrossim, com o avanço tecnológico, houve o surgimento de equipamentos modernos que propiciou agilidade no diagnóstico e tratamento das doenças contribuindo para a resolução de problemas e, conseqüentemente, para a melhoria das condições de vida e saúde da população. Entretanto, no contexto do capitalismo, os recursos tecnológicos favoreceram a mercantilização da saúde, na qual o cuidado e a cura tornaram-se objetos de lucro (LORENZETTI et al., 2012; SANTOS et al., 2017).

Tais circunstâncias suscitam reflexões sobre a importância da crescente cultura tecnológica não gerar o afastamento do diálogo, do cuidado e da relação que deve existir entre os profissionais de saúde e usuários, pois a finalidade dos recursos tecnológicos é para dinamizar, facilitar e direcionar as práticas dos profissionais de saúde para proporcionar benefícios à saúde da população (SANTOS et al., 2017).

Para estas autoras, apesar do cenário atual da saúde ser marcado pelo ideário capitalista e pela utilização de tecnologias cada vez mais modernas, o enfermeiro precisa unir a competência técnica com a sensibilidade, o respeito, a empatia e afetividade em um processo de envolvimento com a subjetividade de cada usuário. Contudo, ainda que este profissional entenda a relevância destes aspectos para o cuidado de enfermagem, na atualidade, o enfermeiro vem sendo submetido a uma rotina árdua de trabalho, por vezes, com exploração física e mental e com exigência do cumprimento de várias atividades que o leva à restrição de tempo para estar em contato com os usuários, gerando prejuízos para a qualidade do cuidado e para sua autonomia profissional.

O cumprimento de tarefas e a contínua busca pela produtividade têm ocasionando distanciamento entre os profissionais de enfermagem e a relação direta com os usuários, o que suscita indagações sobre as inovações tecnológicas. As configurações produtivas estão conduzindo o profissional de enfermagem a não perceber que o foco principal do cuidado é o ser humano (SOUZA et al., 2014).

Um estudo realizado no Reino Unido identificou que os enfermeiros da APS têm apresentado estresse em virtude da sobrecarga de trabalho, pressão administrativa e baixo reconhecimento profissional, indicando a necessidade de se reavaliar a organização da prestação de cuidados primários em nível internacional (HOBBS et al., 2016).

Uma pesquisa realizada em 3.972 municípios brasileiros com 17.482 unidades da ESF ligadas ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) evidenciou a necessidade de superar a fragmentação das práticas do enfermeiro que atua na APS em virtude desse profissional desenvolver grande número de atividades, sobretudo ações administrativas e burocráticas, provocando distanciamento do enfermeiro no cuidado ao usuário (GALAVOTE et al., 2016).

Outro estudo avaliou as características do trabalho da enfermeira em diferentes países (Austrália, Brasil, Reino Unido, Estados Unidos, México, África do Sul, Canadá, Tailândia e Chile) e identificou que, nestes diferentes sistemas de saúde, as atividades assistenciais do enfermeiro são compartilhadas com os demais profissionais de saúde. Contudo, as atividades gerenciais, de supervisão e coordenação são direcionadas exclusivamente para os enfermeiros, sinalizando a natureza gerencial-assistencial do enfermeiro, expressa pela execução de procedimentos técnico-assistenciais e pela coordenação do trabalho dos demais profissionais de saúde. Além disso, o enfermeiro norteia suas práticas pela necessidade de organização do setor de saúde e também pelas necessidades de saúde dos usuários (LEAL; MELO, 2018).

As autoras destacaram ainda que os enfermeiros que atuam nos cenários analisados realizavam procedimentos técnicos que anteriormente eram privativos ou tradicionalmente atribuídos ao médico, na perspectiva das práticas avançadas⁶. Tais atividades geram ponderações sobre o fato de os serviços de saúde serem espaços propícios para a valorização do capital, em virtude da redução de despesas com estes serviços, pois o valor do trabalho do enfermeiro é tido como menor em relação ao trabalho do médico, apontando para formas de exploração, flexibilização e intensificação do trabalho do enfermeiro com consequente acúmulo do capital pelos governos e empregadores ligados ao setor saúde.

⁶ A prática avançada inclui uma série de atribuições para a enfermagem de acordo com as denominações do enfermeiro: *nurse practitioner*, *practice nurse*, *health visitor* e *district nurse*. Entre as atribuições destes enfermeiros destaca-se a autoridade legal para realizar a prescrição de medicamentos (BUCHAN et al., 2013; TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

Ademais, as organizações de saúde, os sistemas de saúde e as políticas de saúde justificam o incentivo da transferência das atividades do médico para o enfermeiro considerando a necessidade de contenção de gastos, mas parece camuflar o aumento de lucro gerado neste setor por causa da utilização da eficiência do trabalho do enfermeiro para atender à lógica capitalista (LEAL; MELO, 2018).

Dado o exposto, uma pesquisa realizada na Inglaterra evidenciou que os enfermeiros da APS deste país têm sofrido pressão das políticas governamentais para ampliar sua área de atuação através da transferência de algumas atribuições exercidas pelos médicos para este profissional, com ênfase no acompanhamento de condições crônicas, a exemplo de asma, diabetes e cardiopatias, decorrente da elevada prevalência de enfermidades crônicas e da possível sobrecarga de trabalho dos médicos (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

Para estes autores, o acompanhamento destes usuários requer que os enfermeiros se responsabilizem pela prescrição de medicamentos, solicitação e interpretação de exames e manejo de casos guiados por protocolos. Tais direcionamentos representaram economia de custos para o Serviço Nacional de Saúde inglês em vista do enfermeiro ter remuneração menor em relação ao profissional médico, propiciando a ampliação do atendimento a esses usuários em época de orçamentos mais contingenciados. Para os usuários, houve melhorias no acesso aos serviços de saúde e na continuidade do cuidado; para os enfermeiros proporcionou a conquista de um *status* da profissão e ampliação do corpo de conhecimento da profissão.

Por sua vez, na Espanha houve o incentivo para que o enfermeiro tivesse mais tempo de atuação junto às pessoas, apontando que este profissional se mostrou o mais indicado e competente para se conseguir melhores taxas de adesão ao tratamento medicamentoso (MORAL et al., 2015).

Convém ressaltarmos que apesar de estudos evidenciarem que o enfermeiro seja o profissional de saúde com melhor condição para coordenar e direcionar os fluxos dos serviços de saúde bem como diminuir os insumos e custos no âmbito da saúde, a tendência do enfermeiro assumir atribuições de outros profissionais de saúde parece indicar que as organizações e sistemas de saúde ainda se orientam pelo modelo biomédico e pelo modo de produção capitalista, que contribuem para subordinar o enfermeiro ao trabalho do médico e mantê-lo duplamente explorado (LEAL; MELO, 2018).

O reconhecimento do trabalho do enfermeiro também nos remete à articulação existente entre os diferentes saberes e os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que envolvem as práticas deste profissional, as quais não se constituem de forma isolada destes processos nem das outras práticas de saúde (PEDUZZI; SILVA; LIMA, 2013).

O estabelecimento de relações que produzem o cuidado é permeado pela conexão entre os diferentes conhecimentos, práticas e pessoas, na intenção de que todos os envolvidos nesse processo percebam que o cuidado requer a análise crítica e reflexiva das dimensões políticas, organizativas e técnicas que envolvem a atenção à saúde. Portanto, para fortalecer seu papel social e aproximar-se de um cuidado horizontal, a enfermagem deve buscar a interface com as práticas de outras profissões e o equilíbrio entre essas dimensões (ASSIS et al., 2015).

As práticas de cuidado do enfermeiro possuem características que lhe conferem a marca de prática social, em vista de serem construídas historicamente e reconhecidas pela sociedade como ações próprias da enfermagem, através de seus saberes específicos articulados com outros saberes e com o contexto social e político do setor saúde (PEDUZZI; SILVA; LIMA, 2013; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

A prática social está presente na atividade humana colaborativa, estabelecida socialmente, realizada com coerência e envolvida por padrões de excelência que possibilite atingir bens internos⁷, por meio de ações permeadas por elementos objetivos, subjetivos e intersubjetivos que constituem um saber e fazer abertos ao contexto atual e desafios futuros (ZABOLI; SCHVEITZER, 2013).

Estas autoras afirmam ser fundamental que o enfermeiro amplie a visão compreensiva e interativa sobre a complexidade das questões sociais e de saúde que são inerentes à pluralidade da vida das pessoas com a finalidade de atender ao propósito social de sua prática e efetivar no cotidiano de seu trabalho, princípios e valores com competência técnica interligados a corresponsabilização e acolhimento.

Torna-se fundamental não dissociarmos das práticas de cuidado do enfermeiro os aspectos sociais e subjetivos que estão presentes no contexto da saúde, para que almejemos substituir práticas prescritivas e destituídas de subjetividade ainda presentes nos serviços de saúde, para uma atuação mais solidária e cidadã.

Por tais razões, a humanização do setor saúde representa um movimento em direção ao cuidado integral e a valorização da subjetividade nas relações estabelecidas entre usuário, profissional de saúde e gestor, os quais apresentam diferentes saberes, interesses e necessidades de saúde (MINAYO, 2008).

⁷ Os bens internos são elementos raros de cada prática de saúde, a exemplo do contentamento de poder contribuir para a melhoria das condições de saúde de uma pessoa (MACINTYRE, 1984).

A palavra “humanização” provém de humanismo que, por sua vez, deriva do latim *humanus*. O humanismo na Grécia antiga, como doutrina filosófica, se configura em conduta de vida democrática e ética que busca assegurar o direito e a responsabilidade da pessoa na construção de sentidos e formas às suas próprias vidas (MINAYO, 2008).

No Brasil, em 2003, a humanização foi instituída como política pública através da Política Nacional de Humanização (PNH) em virtude das lacunas provenientes das desigualdades socioeconômicas, desvalorização dos profissionais de saúde, baixo investimento no processo de educação permanente⁸ desses profissionais, participação incipiente da gestão nos serviços de saúde e fragilidade de vínculo com os usuários (BRASIL, 2008a).

Assim, a PNH se configurou em uma política transversal na rede SUS com inserção nas diferentes ações e instâncias gestoras no intuito de construir relações solidárias e comprometidas com a valorização do aspecto subjetivo das práticas de saúde e incentivo de atitudes humanizadoras (BRASIL, 2008a).

A humanização compreende a postura, um modo de ser e fazer que envolva usuários, gestores e profissionais de saúde, com o propósito de impulsionar mudanças nas formas de produção do cuidado nos diversos serviços de saúde, com base nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade entre eles, solidariedade dos vínculos estabelecidos, garantia dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008a).

No que concerne à efetivação da PNH, foi delineada a ampliação do diálogo entre profissionais, entre usuários e profissionais, entre estes e a gestão, por meio do estímulo do trabalho em equipe, da participação no processo de educação permanente, do compromisso entre estes atores sociais e do incentivo à adoção de condutas acolhedoras que impulsionem o estabelecimento de vínculo (BRASIL, 2008a).

No contexto da PNH, o vínculo se configura no processo que gera relação afetiva e moral entre usuários e profissionais de saúde numa convivência de ajuda e respeito mútuos a partir dos encontros no contexto dos serviços de saúde (BRASIL, 2008a).

Já o acolhimento apresenta-se como um dispositivo que contribui significativamente para diminuir a fragmentação do cuidado com grande capacidade resolutiva se atrelado à

⁸ A educação permanente se configura na aprendizagem que ocorre no ambiente de trabalho, na qual o aprender e o ensinar estão incorporados no cotidiano do setor saúde, a partir da aprendizagem significativa e na possibilidade de mudanças das práticas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

escuta dos profissionais de saúde que, ao ouvir as demandas⁹ e as necessidades de saúde dos usuários, devem manifestar empatia e interesse por buscar respostas às situações sinalizadas pelos usuários (BRASIL, 2008a; SILVA; ROMANO, 2015).

O acolhimento pode ser considerado um mecanismo que colabora com a qualificação dos serviços de saúde e com a efetivação dos objetivos da humanização do SUS possibilitando que o usuário tenha acesso a um atendimento justo, na perspectiva do cuidado integral (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Todavia, no cotidiano dos serviços de saúde o termo acolhimento é comumente entendido como um espaço para recepcionar ou fazer a triagem dos usuários que procuram as unidades de saúde, fato que leva os profissionais de saúde a realizarem práticas pontuais e desarticuladas que não contemplam a humanização, principal finalidade do acolhimento (LUZ et al., 2013; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Tal divergência requer discussões sobre as abordagens de acolhimento desenvolvidas pelos profissionais de saúde, sua relação com os usuários e a influência dessa relação para o cuidado produzido nos serviços de saúde, pois a resolutividade destes serviços decorre das práticas de acolhimento implementadas mediante às demandas dos usuários que procuram a unidade de saúde e por aqueles que não buscam o serviço, mas que também necessitam de atenção (LUZ et al., 2013).

Estudo realizado na ESF de Salvador revelou que os usuários vivenciaram práticas acolhedoras tanto nas atividades desenvolvidas na unidade de saúde como na atenção domiciliar, destacando alguns aspectos que contribuíram para maior proximidade com os profissionais de saúde, a exemplo do estabelecimento de vínculo, diálogo, envolvimento e valorização dos fatores relacionais e sociais presentes no processo de cuidar (LOPES et al., 2014).

Em contrapartida, estudos realizados com os profissionais da equipe da ESF evidenciaram que suas práticas, em muitos momentos, demonstraram falta de espaço para a escuta e diálogo entre profissionais e usuários, com ênfase nas ações burocráticas, centradas em procedimentos e pouco acolhimento no que se refere às demandas trazidas pelos usuários, dificultando o acesso dos mesmos aos serviços de saúde (AMORIM et al., 2014; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

⁹ A demanda expressa as vozes das pessoas inseridas em um contexto social e histórico, sendo socialmente construída e relacionada às relações entre profissionais e usuários e à forma de se produzir o cuidado (PINHEIRO et al., 2010; FRANCO; MERHY, 2010).

Corroborando com estes achados, uma pesquisa realizada com enfermeiros da APS de Campinas apontou que o acolhimento desenvolvido por estes profissionais é direcionado pelo atendimento de queixas agudas, sendo atribuída à gestão a capacidade de melhor estruturar as unidades de saúde para que se possam efetivar práticas permeadas pelo acolhimento. Contudo, não foi evidenciada a valorização da competência relacional que o enfermeiro possui para impulsionar o acolhimento em suas práticas (COSTA; FRANCISCHETTI-GARCIA; PELLEGRINO-TOLEDO, 2016).

Tais contradições demonstram que apesar da PNH ter sido instituída há mais de uma década, ainda há um longo caminho a percorrer para realmente efetivá-la no dia a dia dos diferentes cenários que compõem a APS do Brasil.

Convém notarmos, também, que a prática de cuidado do enfermeiro apresenta-se indissociável à humanização, pois a enfermagem tem seu eixo no cuidar/cuidado ao ser humano, ao passo que o cuidado está intrinsecamente entrelaçado ao conceito e objetivo da humanização. Logo, a humanização das práticas de saúde está fortemente ligada a esta profissão (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

Estudos realizados com enfermeiros que atuam na APS dos Estados Unidos e do Chile denotam que sua atuação profissional possibilitou o encontro com as subjetividades das pessoas, por meio de ações compreensivas, centradas no usuário, suscitando a construção de vínculo entre profissionais, usuário e membros da família, gerando ainda satisfação nestes enfermeiros e benefícios à saúde dos usuários (VERA et al., 2018; DESROCHES et al., 2015).

Por tais razões, o diálogo no encontro entre o usuário e enfermeiro se torna imprescindível para orientar as práticas de cuidado deste profissional. A escuta qualificada contribui para reduzir as relações automatizadas e pontuais, propicia a construção e fortalecimento do acolhimento e do vínculo entre estes atores sociais, estimula a efetivação de práticas humanizadas com maior grau de autonomia e corresponsabilidade, além de evidenciar a valorização e interesse pela singularidade dos usuários (PEDUZZI; SILVA; LIMA, 2013; LOPES et al., 2014).

Nessa direção, as práticas dos profissionais de saúde devem ser permeadas pela intersubjetividade dos sujeitos, no intuito de substituir as ações descontextualizadas e acríticas por atitudes que propiciem um olhar sobre as questões sociais, políticas e organizativas que envolvem os serviços de saúde (LOPES et al., 2014).

O estudo evidencia que a produção do cuidado mediante o estabelecimento de vínculo e aproximação entre comunidade e profissionais de saúde é de fundamental importância para

imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (JESUS et al., 2014).

O enfermeiro deve atuar junto ao indivíduo e à comunidade numa compreensão ampliada da valorização de elementos essenciais que envolvam o cuidado, a exemplo do diálogo, acolhimento e corresponsabilização, no sentido de delinear ações que fortaleçam o vínculo entre profissionais de saúde e usuário.

1.1.2 Contextualização histórica da Atenção Primária à Saúde

A gênese da APS encontra-se no Relatório elaborado por Bertrand Dawson, ministro da saúde da Inglaterra que, em 1920, propôs a formulação de um sistema de saúde integrado, organizado por níveis de complexidade crescente, com base geográfica definida e serviços realizados por médicos de formação generalista (LAVRAS, 2011).

O processo de reforma do sistema de saúde inglês teve como eixo norteador o desenho regionalizado do sistema de serviços de saúde e indicava a criação de centros de saúde primários para o atendimento médico de caráter preventivo e curativo, com tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, na cidade ou no campo e estabelecimento de vínculo entre usuário e médico. Esses centros de saúde primários também integrariam uma rede constituída por centros de saúde secundários, hospitais-escolas e serviços domiciliares (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Ressaltamos também que as concepções do Relatório Dawson influenciaram a criação do Sistema Nacional de Saúde Britânico, em 1948, e posteriormente passou a orientar a reorganização de sistemas de saúde em diversos países do mundo (LAVRAS, 2011).

Este Relatório também se contrapôs ao Relatório elaborado nos Estados Unidos por Abraham Flexner¹⁰, em 1910, que elaborou um modelo de atenção voltado para as especialidades e as pesquisas biológicas, com implicações para a formação e prática médica ao enfatizar o individualismo e as ações curativistas e hospitalocêntricas (COELHO, 2010).

No Brasil, em 1920, a Reforma Carlos Chagas também marca um importante processo de mudança no setor saúde mediante a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública

¹⁰ Abraham Flexner foi o educador norte-americano que elaborou o Relatório Flexner a partir de sua pesquisa sobre o ensino da medicina ocasionando a reforma da educação médica nos Estados Unidos e posteriormente foi amplamente adotado em todo o mundo (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010).

que ampliou as ações de saúde pública e propiciou o estabelecimento de postos de profilaxia e saneamento rural, com o objetivo de prestar assistência permanente no combate a endemias e epidemias nacionalmente prioritárias (CAMPOS, 2007). Contudo, a organização dessas unidades de saúde apresentava nítida separação entre as ações preventivas e as ações clínicas, ofertadas pelos ambulatórios hospitalares. Posteriormente, houve a criação de Centros de Saúde Escola, sendo que o modelo de centro de saúde¹¹ que prevaleceu no país foi o da Fundação Rockefeller, com ações bastante restritas. Essa Fundação estimulou no país a criação de unidades do serviço de saúde pública que se difundiram de forma progressiva pelo interior dos estados brasileiros até os anos de 1960 (CAMPOS, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Na década de 1970, o cenário mundial foi marcado por crises dos sistemas de saúde, desencadeadas por custos crescentes da atenção médica especializada, baixa resolutividade da assistência e falta de acesso da população aos serviços de saúde. Nos países latino-americanos ocorreram intensas mobilizações e lutas pela democracia bem como crise do modelo biomédico de atenção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; PAIM, 2008).

Tais circunstâncias geraram a necessidade da adoção de um grande pacto internacional com a finalidade de suscitar melhorias na saúde em nível mundial, que foi efetivado por intermédio de dois grandes eventos internacionais: a Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1977 e a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978 (AQUINO et al., 2014).

A Assembléia Mundial de Saúde reafirmou a saúde como direito humano fundamental e definiu a meta “Saúde para Todos no ano 2000” (AQUINO et al., 2014). Por sua vez, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978, originou o documento intitulado Declaração de Alma-Ata (LAVRAS, 2011).

Esta Declaração definiu que a APS se constitui de

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o

¹¹ Centros de saúde são estabelecimentos responsáveis por prestar cuidado médico ao indivíduo, por meio do atendimento das especialidades básicas, além das práticas realizadas por enfermeiros nos programas de acompanhamento infantil, hipertensão e diabetes, atenção pré-natal, tuberculose e hanseníase, entre outros, sendo também realizadas ações de vigilância epidemiológica e imunização. Convém destacar que a partir da implantação das equipes de Saúde da Família vários centros de saúde foram transformados em USF com a reorganização interna dos serviços (CAMPOS, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p. 2).

Ainda na década de 1970, no contexto nacional, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) envolveu estudantes, profissionais de saúde, docentes, gestores e técnicos do setor saúde e sociedade organizada, na defesa pela democratização da vida social, a unificação do sistema de saúde e a valorização do primeiro nível de atenção (SCOREL, 1999).

Com o aprofundamento da RSB, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, reafirmou a saúde como direito e dever do Estado, sendo definidos os princípios e diretrizes para o arcabouço institucional que iria constituir o SUS bem como a ampliação do conceito de saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014; AQUINO et al., 2014).

A criação e implantação do SUS, consolidada na Constituição Federal de 1988, representou um marco na história do país e concretização das lutas do movimento da RSB para imprimir mudanças significativas no setor saúde, uma vez que os serviços de saúde mostravam-se ineficientes e insuficientes para atender às necessidades de saúde da população (JUNQUEIRAI et al., 2009; SIQUEIRA-BATISTA; SCHARMM, 2005).

Evidenciamos que o SUS ao instituir a descentralização, a hierarquização e a regionalização como suas diretrizes denota consonância com o Relatório Dawson tendo em vista que este importante Relatório, em 1920, estabeleceu a hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização com base populacional como dimensões fundamentais para um sistema de saúde orientado pela APS (PORTELA, 2017).

No contexto da APS no Brasil, em 1994 foi instituído o Programa Saúde da Família¹² (PSF), um modelo de atenção¹³ que, em 1998 passou a ser reconhecido como estratégia prioritária para expansão, consolidação e reorientação da APS (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

¹² Embora o PSF tenha sido instituído pelo Ministério da Saúde, no ano de 1994, a primeira etapa de sua implantação foi iniciada em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2001b).

¹³ Modelos de atenção são formas de organizar as relações entre profissionais de saúde e usuários através de tecnologias materiais e não materiais utilizadas nas práticas de saúde com o objetivo de intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 2002).

Nessa direção, a APS é o primeiro contato da pessoa com os serviços de saúde, devendo ocorrer de forma continuada, centrada na pessoa de forma a satisfazer suas necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

Esta autora também define quatro atributos inerentes à APS: a) atenção ao primeiro contato – se refere à acessibilidade da pessoa ao serviço de saúde a cada novo problema ou novo episódio de problema que necessite de atenção à saúde; b) longitudinalidade – está relacionada à fonte regular de atenção com seu uso ao longo do tempo; c) integralidade – implica na responsabilidade das unidades de atenção primária de assegurar que as pessoas sejam atendidas em suas necessidades de saúde na própria unidade ou através de encaminhamentos aos serviços secundários e/ou terciários; e d) coordenação – pressupõe que os serviços e profissionais de saúde assegurem a continuidade da atenção com reconhecimento dos problemas de saúde da população.

No ano de 2003, os estados membros da Organização Pan-Americana (OPAS) realizaram uma revisão da APS e posteriormente publicaram o documento intitulado: “Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas” que amplia a sistematização sobre a APS, a partir da redefinição de princípios, valores e elementos essenciais e explicitação das diferenças da APS em cada país, propondo que os países elaborassem estratégias coordenadas, eficazes e sustentáveis para enfrentar os problemas de saúde existentes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

Este documento também reafirmou que a visão de um sistema de saúde está alicerçada no cerne da Declaração de Alma-Ata e reconheceu novas contribuições para a APS, a exemplo da Carta de Otawa para a promoção da saúde, a Declaração do Milênio e a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

No ano de 2008 foi publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o Relatório Mundial de Saúde, o qual apontou para a necessidade de serem instituídos sistemas de atenção à saúde com base em uma APS fortalecida e com qualidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Assim, o Relatório Mundial de Saúde afirma que

[...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial “dar prioridade às pessoas” realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as

capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008, p. 43).

Destacamos a preocupação mundial para que a APS seja resolutiva, com o desenvolvimento de ações coletivas voltadas para as questões sociais e para a centralidade da pessoa como principal razão para a elaboração de estratégias que se traduzam em melhores condições de vida e de saúde.

Desde a criação do SUS há o direcionamento de que a APS se configure em base estruturante para os sistemas em todos os níveis organizacionais. Entretanto, ainda existem controvérsias sobre os reais atributos da APS bem como as melhores formas para sua organização e avaliação dos efeitos e implementação de seus modelos. Convém ponderar que em muitos países é discutido que a APS ganhou mais destaque no discurso do que efetivou mudanças nas práticas e na organização do sistema de saúde (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015; AQUINO et al., 2014).

No que concerne à organização do sistema de saúde brasileiro, a APS possui modelos de atenção que são anteriores a criação do SUS, modelos ainda hoje hegemônicos e propostas alternativas que buscam a mudança dos modelos hegemônicos (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Nesse sentido, os modelos de atenção também devem articular três dimensões: a) gerencial – refere-se aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços de saúde; b) organizativa – relativo à hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica que envolve as unidades de prestação de serviços; e a c) dimensão propriamente técnico-assistencial ou operativa – concernente às relações existentes entre os envolvidos nas práticas de saúde e usuários, mediadas pelo saber e tecnologia para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de prevenção de riscos e agravos, de recuperação e reabilitação (TEIXEIRA, 2003).

No Brasil, ao longo do século XX, dois modelos distintos constituíram a atenção à saúde da população: o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e o modelo sanitário (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

O modelo médico-assistencial hospitalocêntrico é centrado na figura do médico e praticado fundamentalmente em consultórios, sendo inicialmente privilégio de uma minoria que podia pagar diretamente pelas consultas na rede privada. Com a criação do SUS houve a estruturação da prestação dos serviços de saúde por meio de um sistema público, constituído por um conjunto heterogêneo de instituições e pelo setor privado composto por empresas

médico-hospitalares, serviços ambulatoriais, clínicas e policlínicas (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Estas autoras destacam que na organização dos serviços de saúde tanto público como privado reproduzia-se o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, propiciando que no sistema público uma grande parcela da rede assistencial fosse constituída por serviços privados contratados e conveniados, mantendo um caráter privatista para o modelo assistencial prevalente que também convivia com o modelo sanitarista.

Por sua vez, o modelo sanitarista tem sua origem nas campanhas sanitárias de controle de epidemias que ameaçavam o desenvolvimento econômico do país. Ao longo do século XX além das campanhas, que ainda subsistem, houve a elaboração e implantação de programas especiais, também chamados de programas verticais, de controle de doenças e outros agravos, a exemplo do programa de controle de tuberculose, hipertensão, diabetes, entre outros (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Assim, o modelo sanitarista apresenta características distintas do médico-assistencial hospitalocêntrico tendo em vista que no modelo sanitarista os sujeitos envolvidos são profissionais de saúde que desenvolvem práticas de educação em saúde, controle de vetores, vacinação, entre outros, por meio de campanhas sanitárias e programas especiais a grupos populacionais específicos. Já as práticas de saúde no modelo médico-assistencial hospitalocêntrico são centradas no profissional médico e direcionadas ao indivíduo doente através da rede de serviços de saúde e do hospital (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Mediante o exposto, estas autoras consideram que o modelo de atenção predominante no cenário brasileiro foi o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico que subordinava as ações e serviços desenvolvidos pelo modelo sanitarista e no início dos anos de 1970 demonstrou sua insuficiência para atender as necessidades de saúde da população em decorrência de sua íntima relação com a lógica de mercantilização dos serviços de saúde, baixa cobertura assistencial, reduzida efetividade frente às mudanças do perfil epidemiológico da população, entre outros.

Tal cenário encontrou-se na base do movimento da RSB que apontou para a necessidade de se avançar para a universalidade, integralidade, equidade, garantia de atendimento das demandas prioritárias de saúde da população e humanização da atenção. Não obstante, o SUS “herdou” o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, gerando um espaço de conflitos e negociações em torno de propostas de mudanças ou conservação do modelo de atenção que pudessem reorganizar o sistema de saúde em suas várias dimensões (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Nessa direção, foram elaboradas propostas que superassem as limitações apresentadas pelo modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e o modelo sanitaria, tanto no que se refere às lacunas apresentadas pela sua coexistência, como também pela incapacidade desses modelos atenderem às necessidades de saúde da população (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

No processo de construção do SUS é possível visualizar propostas alternativas que buscaram incidir sobre várias dimensões e aspectos do modelo de atenção vigente, das quais as principais propostas elaboradas nos últimos 30 anos são os distritos sanitários, oferta organizada/ações programáticas, vigilância da saúde, acolhimento/clínica ampliada e saúde da família (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

O distrito sanitário estabelece o território como conceito-chave para sua implementação, partindo da premissa de que neste espaço se concretizam processualmente as relações de vida e de trabalho de uma determinada população. Assim, utiliza a base territorial como critério para definir a população que deve ser coordenada por uma instância administrativa, através de um processo social e não-burocrático, que planeja e executa as ações de saúde com base no perfil epidemiológico e das necessidades de saúde da população com definição de prioridades de atenção à saúde, por meio da intersetorialidade, integralidade do cuidado e equidade (MENDES, 1995).

O modelo assistencial denominado oferta organizada/ações programáticas possui como principais características a organização do processo de trabalho baseado em programas definidos por ciclos de vida ou por doenças, padronização de fluxogramas de atividades que podem ser eventuais de acordo com a demanda espontânea ou com atividades de rotina para demanda organizada, definição das finalidades e objetivos direcionados a categorias coletivas, hierarquização interna de atividades, articulação das atividades por equipes multiprofissionais, regionalização e hierarquização das unidades (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Por sua vez, a vigilância da saúde consiste na delimitação de um território-população no qual os profissionais de saúde irão atuar de forma articulada com os representantes da população para discutir sobre os problemas de saúde levantados e estabelecer intervenções sobre seus determinantes e condicionantes. Este modelo de atenção tem como foco de trabalho os problemas de saúde dos indivíduos, grupos e populações de determinados territórios, sendo operacionalizado por arranjos tecnológicos que articulam a dimensão gerencial à dimensão técnica das práticas de saúde, o enfoque populacional (promoção) com o enfoque de risco (prevenção) e o enfoque clínico (assistência) para que se possa definir um conjunto de políticas e práticas de acordo com a situação de saúde de cada localidade,

buscando transcender os espaços institucionalizados dos serviços de saúde e expandir a outros setores e órgãos de ação governamental e não governamental (TEIXEIRA, 1995; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Já o acolhimento/clínica ampliada enfatiza o estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuários, com mudanças na recepção dos usuários, no agendamento de consultas e na programação da oferta de serviços, norteado pelas necessidades sociais da população, no intuito de romper com a fragmentação produzida pelos recortes diagnósticos e burocráticos e ao mesmo tempo estimular a participação e autonomia dos usuários (PAIM, 2003; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

O Programa Saúde da Família paulatinamente deixou de ser um programa focalizado em populações excluídas do acesso aos serviços de saúde para ser legitimado como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Sua atuação ocorre através de uma equipe multiprofissional constituída por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, com intervenção na unidade familiar e abrangência operacional na esfera comunitária em contraposição às práticas hegemônicas de atendimento individual e segmentado por especialidades (BRASIL, 2011; MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012).

Convém evidenciarmos que a Estratégia Saúde da Família apresenta algumas propostas existentes em outros modelos assistenciais, o que possibilita a incorporação e elaboração de diretrizes operacionais a partir de diversas dimensões do processo de mudança do modelo de atenção. Entretanto, ainda que se reconheça a importância dessa estratégia não é possível afirmar que suas ações e serviços produzidos denotem mudanças no conteúdo das práticas e da organização dos serviços (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Estas autoras também afirmam que os esforços realizados e os avanços alcançados por meio das propostas alternativas do modelo de atenção brasileiro, apenas “arranham” a superfície do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, pois este se mantém de forma hegemônica no SUS e as práticas de promoção e vigilância da saúde continuam subalternas a este modelo. Assim, há a necessidade do desenvolvimento de estudos que possam avaliar a expansão da assistência médico-hospitalar e a realização de programas verticalizados com a finalidade de identificar sua contribuição para a mudança e transformação da organização dos serviços e das práticas de saúde bem como a permanente recriação das condições favoráveis à reprodução do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e do modelo sanitaria (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Um estudo realizado no Paraná com o objetivo de avaliar a longitudinalidade do cuidado em crianças acompanhadas em unidades de saúde com e sem ESF evidenciou que as práticas desenvolvidas em ambas as unidades refletiam a hegemonia do modelo biomédico, revelando que a ESF, no cenário pesquisado, propiciou práticas curativas e focalizadas no indivíduo em detrimento de práticas que tivessem a família como centro da atenção e contribuíssem significativamente para a reorientação da APS (FRANK et al., 2015).

Conhecer o contexto de vida da população contribui para atender uma das mudanças proposta pela ESF que é a organização dos serviços e das práticas de saúde de acordo com as necessidades locais. Ademais, para melhorar a efetividade e equidade da APS é essencial que seja compreendido seu conceito, posto que apesar de sua conceituação ser bem definida na literatura, há a utilização de diferentes significados em artigos científicos brasileiros gerando conclusões superficiais e inadequação para algumas realidades (BORNSTEIN; DAVID, 2014; PORTELA, 2017).

O fato de a implementação da ESF ser de responsabilidade da gestão municipal propicia configurações de acordo com os contextos municipais e locais, suscitando por um lado, avanços e inovações em diversas experiências e por outro lado, a persistência de níveis incipientes de implementação em outras. No entanto, essa pluralidade não é uma especificidade da APS, mas do próprio SUS, um patrimônio brasileiro, que possui o avanço de sua natureza democrática e ao mesmo tempo inúmeros desafios para a concretização de seus princípios (AQUINO et al., 2014).

Uma pesquisa realizada nos 12 países da América do Sul com o objetivo de elaborar um panorama sobre a APS revelou que a política de saúde destes países reafirmou a APS como estratégia de garantia de cuidado integral, com referência explícita da Declaração de Alma-Ata em documentos oficiais. Todavia, há tensões entre as diferentes formas de se conceber e implementar a APS em diferentes países em virtude das características das políticas de proteção social e dos sistemas de saúde dos países (GIOVANELLA et al., 2015).

Estes autores também ressaltaram que a APS em alguns países como Bolívia, Brasil, Chile, Equador, Paraguai, Peru e Venezuela estão em processo de revitalização com implantação de novos modelos de atenção que enfatizem a abordagem familiar, a atenção integral, o contexto de comunidade com equipes multiprofissionais e territórios definidos, porém, a cobertura populacional, a gestão e implementação desses novos modelos de atenção é variável nesses países.

No Brasil, 63% da população é contemplada pela ESF, no Paraguai há a cobertura de 36% das USF e na Venezuela há 60% de cobertura das equipes de APS. Na Bolívia, Chile,

Equador e no Peru não foi possível determinar a população coberta no âmbito da APS (BATALHA; LAVOR, 2017; RÍOS, 2014; RAMÍREZ; ROMERO, 2014; ALMEIDA, 2014; ROMERO; RAMÍREZ, 2014; SILVA, 2014a, 2014b, 2014c).

Pesquisas indicam que a ESF, com destaque para as equipes ampliadas pela saúde bucal e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), contribuiu para a redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; SILVA; POWELL-JACKSON, 2017; PEREIRA et al., 2012; GIOVANELLA et al., 2015).

Um Estudo aponta que nos regulamentos oficiais de todos os países da América Latina a APS é definida como a porta preferencial para o sistema de saúde. Em contrapartida, a segmentação de cobertura, a fragmentação organizacional e a privatização no financiamento e na prestação dos serviços de saúde são as principais fragilidades apresentadas pelos sistemas de saúde destes países (GIOVANELLA, 2012).

No contexto brasileiro, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) instituídas em 2006 e 2011 tiveram importante papel no direcionamento do modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios, propiciando o fortalecimento do processo de implantação dos princípios e diretrizes do SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Ao contrário disso, a reformulação da PNAB publicada em setembro de 2017 (BRASIL, 2017) representou um aprofundamento no processo de fragilização da APS e do SUS considerando que esta PNAB propõe alterações significativas na organização e no financiamento da APS e na dinâmica do trabalho dos profissionais que atuam na ESF (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; BATALHA; LAVOR, 2017).

Convém ressaltarmos que a PNAB 2017 foi fruto de uma pauta antidemocrática e autoritária que suscitou críticas e manifestações de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, a exemplo da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em virtude dessa política reforçar a mercantilização dos direitos sociais brasileiros, representando retrocessos em relação à construção de um sistema de saúde integral (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2017; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2017).

No que concerne à ESF, o texto da PNAB 2017 reconhece sua prioridade, contudo apresenta ambiguidades. Ao instituir as equipes de Atenção Básica (eAB) que atuarão com as mesmas responsabilidades das equipes de Saúde da Família e definir um número reduzido de profissionais que serão contratados com grande flexibilização de carga horária pode estimular os gestores municipais a optarem por equipes reduzidas. Como se há de verificar, seu texto não apresenta argumentos consistentes que comprovem que estas medidas irão contribuir para a melhoria das condições de saúde da população (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; BATALHA; LAVOR, 2017).

Cumpramos observarmos que o financiamento das eAB foi estabelecido pela Portaria 1.808, a qual designa a utilização de 30% do valor do custeio mensal destinado às equipes de Saúde da Família para as eAB (BRASIL, 2018), fato que poderá acentuar significativamente o subfinanciamento para a ESF.

A PNAB 2017 estabelece que eAB deve ser composta minimamente por médico, enfermeiro e auxiliar ou técnico de enfermagem, não havendo a obrigatoriedade da presença do ACS, sendo que a flexibilização no cumprimento da carga horária destes profissionais ocorre de maneira oposta à rigidez estipulada para os profissionais das equipes de Saúde da Família, pois estas retornaram a exigência do cumprimento das 40 horas semanais por parte de todos os profissionais. As eAB preveem a carga horária mínima de 10 horas para cada profissional, podendo ser contratado até três profissionais da mesma categoria profissional (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; BRASIL, 2017).

Tais prerrogativas poderão gerar prejuízos no contexto da APS em decorrência dos inúmeros arranjos para a composição das eAB, a precarização do trabalho e a fragilização tanto do vínculo com a população, quanto dos atributos de longitudinalidade e universalidade do cuidado previstos pelo SUS e pela APS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; BATALHA; LAVOR, 2017).

Dessa forma, a composição da eAB sem a presença dos ACS propiciará a lógica biomédica e medicalizadora, centrada em procedimentos e com diminuição significativa das ações educativas e de promoção da saúde que constituem bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; MOROSINI; FONSECA, 2017).

Vale lembrarmos que a ausência de obrigatoriedade do ACS nas eAB aponta para esta lógica de mercado em virtude da possibilidade de gerar menos custos à gestão municipal frente às recentes conquistas trabalhistas dos ACS relativas ao vínculo empregatício e à definição do piso salarial da categoria (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Mediante o exposto, diversificar e institucionalizar as formas flexíveis de contratação dos profissionais acentua o processo de precarização do trabalho ao potencializar a vulnerabilidade destes trabalhadores e a visão mercadológica da saúde (MOROSINI; FONSECA, 2017).

No que se refere à diversidade de vínculos empregatícios foi observado que em todos os países da América do Sul existe a tendência à insegurança e instabilidade de contratos temporários, com alta rotatividade dos profissionais gerando repercussões negativas no vínculo entre profissionais de saúde e comunidade (GIOVANELLA et al., 2015).

Convém destacarmos que o trabalho na APS perpassa pela necessidade de qualificar todos os profissionais de saúde por intermédio de programas de educação permanente para desenvolver ações curativas, preventivas e de promoção da saúde, de forma articulada com outros setores e organizações governamentais, com incentivo à participação popular. Além disso, erradicar a precarização dos vínculos trabalhistas, estabelecer melhorias nas condições de trabalho e reduzir a rotatividade destes profissionais contribuirá para o estabelecimento de vínculo com a comunidade e a continuidade da atenção (AQUINO et al., 2014).

Estudos realizados na África subsariana e na América do Sul indicaram que os principais desafios para a organização da APS são a inadequação da qualificação dos profissionais de saúde para APS e a falta de profissionais para atuar em áreas remotas e mais desfavorecidas nos países de baixa renda (WILLCOX et al., 2015; GIOVANELLA et al., 2015).

No atual contexto brasileiro, para diminuir as lacunas locais, o Ministério da Saúde parece retomar o investimento mínimo para o SUS, por meio da abertura de possibilidades de organização e financiamento das equipes que atuam na APS. Ou seja, contemplar as especificidades locais tornou-se sinônimo do aprofundamento de desigualdades e de tratamentos diferenciados, vínculos precários e simplificação de serviços que atenderão principalmente a parceria público-privado ou terceirizações (MOROSINI; FONSECA, 2017; BATALHA; LAVOR, 2017).

Nessa direção, a PNAB 2017 busca efetivar a definição de padrões mínimos e ampliados para a APS com o estabelecimento de regulação que permita menos cobertura e menos custos e a implantação de planos baseados na oferta de um rol mínimo do mínimo, que articulados, propiciará, intencionalmente, o processo de sucateamento da APS e poderá viabilizar a procura pelos planos privados (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; BATALHA; LAVOR, 2017).

Assim, os padrões diferenciados são organizados em essenciais e ampliados constituindo-se de ações e cuidados para a APS com a finalidade, no mínimo duvidosa, de atender às particularidades locais. Os padrões essenciais contemplam ações e procedimentos básicos que deveriam ser assegurados pelas equipes de saúde da APS em todo o país. Já os padrões ampliados se referem às ações e procedimentos estratégicos para atender as especificidades locais e decisão da gestão através de padrões elevados de acesso e qualidade na APS (BRASIL, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Embora a PNAB 2017 apresente a definição destes padrões, não há em seu texto nenhum conteúdo que permita conhecer e analisar quais os serviços e ações contemplados nestes padrões, o que mantém a incerteza se esta organização conseguirá atender às necessidades de saúde da população (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Evidenciamos o aprofundamento da desconstrução da APS que já vem ocorrendo em muitas unidades ambulatoriais e hospitalares da rede pública, a partir do fortalecimento da rede privada por parte do governo federal através do direcionamento de grande proporção de recursos financeiros para a manutenção dos serviços médico-assistenciais da rede privada contratada e conveniada bem como a expansão e reforma da rede hospitalar pública com deslocamento da sua gestão às organizações privadas (BATALHA; LAVOR, 2017; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Cumpramos destacar que a ESF tem se configurado como meio de reorganização do modelo de atenção e de expansão do acesso e de realização do direito à saúde. Ainda assim possui um longo caminho a percorrer e obstáculos a ultrapassar no que se refere à qualificação dos profissionais de saúde, a integração entre as ações de prevenção, atenção e promoção da saúde, a participação dos profissionais de saúde e dos usuários no planejamento das ações de saúde prioritárias, além da regularização dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Entretanto, as deliberações introduzidas pela PNAB vigente apontam para a mercantilização dos espaços de produção da vida humana e atingem as conquistas alcançadas pela ESF. Nessa perspectiva, tendem a dificultar a concretização de uma APS fortalecida, fundamental para um sistema universal de atenção integral à saúde, sendo necessário o engajamento na luta pela defesa dos princípios do SUS, democraticamente constituídos e legalmente estabelecidos. Urge a necessidade de se efetivar uma APS que seja direcionada pelos valores éticos que devem preceder e orientar as políticas de saúde, de modo a contribuir para o cuidado à saúde e a melhoria da qualidade de vida da população (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Ressaltamos ainda que a Conferência Global de APS realizada em Astana, Cazaquistão, em outubro de 2018, buscou reafirmar o compromisso estabelecido com a APS por meio da Declaração de Alma-Ata. Contudo, suscitou preocupações e críticas em nível nacional e internacional por entender que a Declaração de Astana (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2018) defende a redução da oferta da cobertura universal na APS além de parecer incentivar a implantação de uma nova abordagem seletiva da APS, que alia seguros privados e pacotes mínimos que não contemplarão o acesso aos serviços de saúde de acordo com as necessidades de saúde da população tanto na dimensão individual como na dimensão coletiva (LAVOR, 2018; GIOVANELLA, 2018).

Ademais, também parecem apontar para a desresponsabilização do Estado na provisão dos serviços de saúde e dos interesses econômicos que visam a expansão do mercado privado no setor saúde que, por vezes, dificultam o acesso aos serviços de saúde e aprofundam as desigualdades sociais (ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE MEDICINA SOCIAL, 2018).

Tais delineamentos indicam a relevância de se mobilizar governos e sociedade para a construção de sistemas de saúde universais, públicos e gratuitos que possam contribuir para a consolidar o ideário de justiça social e direito universal previstos na Declaração de Alma-Ata (GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2018).

1.1.3 Pelos caminhos da formação do enfermeiro: em busca da articulação teoria-prática na Atenção Primária à Saúde

No final da década de 1970, mudanças importantes começaram a surgir na esfera econômica, social e política do Brasil, com participação significativa da enfermagem nas discussões sobre os princípios de democratização e universalização da assistência à saúde em prol da Reforma Sanitária Brasileira (GUIMARÃES, 2014).

Ressaltamos que a Constituição Federal representou um marco para o cenário brasileiro, especialmente para o setor saúde, por instituir um sistema de saúde, que indicou uma nova lógica de conceber e produzir saúde, gerando a premente necessidade de mudanças no modo de atuação dos profissionais de saúde (MOREIRA; DIAS, 2015).

Entretanto, apesar da realidade de saúde da população e da nova legislação para o setor saúde, a formação do enfermeiro não acompanhava as demandas sociais, atuando numa perspectiva biologicista e fragmentada, sem conexão com o contexto social e cultural da população. Tal situação apontou para a necessidade de mudanças na concepção do currículo de enfermagem, desencadeando um processo de análise político-ideológica da estrutura social, da política educacional e da formação do enfermeiro, com vistas à mudança curricular (MACÊDO; ROMANO; HENRIQUES, 2011).

Durante a década de 1980, a ABEn articulada com a Comissão de Especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior suscitou discussões com as escolas de enfermagem e entidades de classes para analisar a organização dos serviços de saúde, o trabalho da enfermagem, a articulação ensino-serviço, entre outros (MACÊDO; ROMANO; HENRIQUES, 2011).

Essas estratégias evidenciaram a relevância social da formação do enfermeiro propiciando o envolvimento de diferentes atores para se identificar as lacunas existentes no processo de formação, no intuito de que as IES juntamente com os serviços de saúde e entidades representativas conseguissem viabilizar uma formação condizente com o contexto social e de saúde da população.

Nessa direção, a 9ª Conferência Nacional de Saúde indicou a necessidade de revisão dos currículos dos profissionais da área da saúde para ajustar sua formação às realidades sociais, étnico-culturais e ao perfil epidemiológico, a partir de uma visão mais ampliada sobre a saúde e com comprometimento social (BRASIL, 1993).

Na década de 1990, juntamente com a regulamentação do SUS, ocorreu a publicação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 9.394/96 que proporcionou mudanças na educação do país ao definir princípios norteados pela diversidade de ideias e de concepções pedagógicas, liberdade no processo de ensino-aprendizagem, estímulo ao conhecimento dos problemas vivenciados na atualidade, com ênfase na realidade regional e nacional, realização de ações especializadas à comunidade com estabelecimento de reciprocidade nas relações com a mesma, entre outros (BRASIL, 1996).

A LDB também proporcionou a flexibilização dos currículos de graduação, superação do currículo mínimo e da grade curricular, assegurou autonomia para as IES no que se refere às questões didático-científicas bem como a criação de cursos com delimitação de seus currículos e programas (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Ainda nesta década, foi instituído o PSF que, ao ser considerado como uma política governamental estratégica de efetivação da APS, evidenciou a inadequação do perfil dos

profissionais de saúde, reforçando o debate necessário sobre a formação profissional em conformidade com o sistema de saúde vigente (BRASIL, 1997; SILVA; TRAD, 2005; MOREIRA; DIAS, 2015).

A ESF busca incorporar um novo olhar, um novo pensar e um novo fazer no contexto da APS, a partir da inversão do foco da doença para o foco da saúde, do indivíduo para a família, do médico para os profissionais da equipe de saúde (GERMANO et al., 2007).

Neste cenário de mudanças estruturais no sistema de saúde bem como a partir da LDB, foi enfatizada através do Parecer nº 1.133, a relevância da articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2001c).

Após esse Parecer, foram instituídas as DCN/ENF por meio da Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001, que direciona a formação do enfermeiro para o desenvolvimento de competências e habilidades que lhe possibilitará capacidade intelectual e profissional para atuar junto às necessidades sociopolíticas e econômicas da sociedade (BRASIL, 2001a).

As DCN/ENF representaram uma construção coletiva das entidades de ensino, sociedade civil organizada e órgãos de representatividade de classe, sobretudo a ABEn, que ao analisarem as questões inerentes à profissão, aliada às demandas provenientes das transformações sociais, direcionaram a formação do enfermeiro com base em conhecimentos técnico-científicos em conformidade com os éticos-políticos, de modo a formar um profissional crítico e cidadão (REBOUÇAS, 2013).

A discussão sobre a formação do enfermeiro revela a necessidade de análise da realidade histórica e social da população, considerando a complexidade existente entre a formação e o contexto social (SILVA; MALUSÁ; SANTOS, 2015).

Nesse sentido, a Comissão sobre a Educação de Profissionais de Saúde para o Século XXI¹⁴ identificou que a aprendizagem perpassa por três gerações de reforma no processo de formação dos profissionais de saúde, na qual a primeira geração, iniciada no início do século XX, desenvolveu o ensino tradicional com base na ciência e ênfase no currículo científico; a segunda geração, que ocorreu em meados do século XX, introduziu a aprendizagem baseada

¹⁴ No ano de 2010, em comemoração ao centenário do Relatório Flexner, foi instituída a Comissão sobre a Educação de Profissionais de Saúde para o Século XXI constituída por representantes de vários países no intuito de emitir recomendações que potencializassem transformações na formação de profissionais de saúde, sobretudo médicos e enfermeiros, com o objetivo de assegurar a amplitude de serviços de saúde com qualidade à população e também gerar reflexões sobre a necessidade dos profissionais de saúde serem agentes de mudança a partir da formação crítica e reflexiva (FRENK et al., 2010).

em problemas; e a terceira geração apresenta-se baseada em sistemas por meio da competência local-global e integração ensino-serviço (FRENK et al., 2010).

Em relação à incorporação dessas reformas, a maioria dos países encontra-se na primeira geração e apresenta resistência ou incapacidade para efetivar mudanças no ensino tradicional. Muitos países estão implementando as reformas da segunda geração e alguns estão se direcionando para a terceira geração, sendo que nenhum país possui todas as instituições de ensino na terceira geração (FRENK et al., 2010).

Para os representantes dessa Comissão, os profissionais de saúde ao atuarem como gestores, membros da equipe, gerentes dos serviços de saúde podem proporcionar impactos nas condições de vida e saúde da população, assumindo o importante papel de “face humana do sistema de saúde” (FRENK et al., 2010, p. 1925).

Tal assertiva nos leva a refletir que a formação do enfermeiro ao ser norteadada pela transmissão de conhecimentos, valoriza o saber técnico em detrimento de uma abordagem fundamentada na construção de competências que direcione ao viver e ao trabalhar coletivamente. Assim, a terceira geração da reforma da formação propicia embasamento que contribui para ressignificar a formação do enfermeiro, na perspectiva de que suas práticas de cuidado sejam expressões singulares do seu estar no mundo.

A responsabilidade de viabilizar as condições necessárias para as mudanças no processo de formação do enfermeiro também estão atreladas às dimensões sociais e políticas do trabalho em saúde/enfermagem e às políticas públicas de educação e saúde (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Um estudo realizado no período de 2001 a 2011 evidenciou a necessidade de elaboração de estratégias para a formulação de políticas visando à formação profissional do enfermeiro, considerando que a política expansionista do ensino superior instalado no país gerou um crescimento desordenado em relação às reais necessidades da formação desse profissional em determinadas regiões do país. Tal situação ocasionou questionamentos sobre o acompanhamento da qualidade da formação, uma vez que parece não caminhar *pari passu* com o aumento do número de cursos implantados, não tendo como se assegurar que a formação seja direcionada para a construção de profissionais críticos e reflexivos, comprometidos com a saúde integral da população, conforme explicitado nas DCN/ENF e no relatório da Comissão sobre a Educação de Profissionais de Saúde para o Século XXI (TEIXEIRA et al., 2013).

Entre as consequências da expansão de cursos de graduação em Enfermagem, também foi evidenciada insegurança quanto à inserção no mercado de trabalho, ocasionando ansiedade

em virtude do elevado índice de desemprego. Além dessa realidade, observamos que a expansão dos cursos não tem propiciado mudanças qualitativas no atendimento das necessidades de saúde da população (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; HADDAD et al., 2010).

As IES possuem o objetivo de atender às necessidades de saúde da população de maneira resolutiva sendo cruciais para transformações no sistema de saúde, para a identificação das lacunas existentes nesse sistema e para o desenvolvimento da formação de profissionais comprometidos com a implementação das mudanças necessárias. Entretanto, há a necessidade de diferentes países estabelecerem racionalidade entre a oferta de profissionais no mercado de trabalho e sua realidade epidemiológica, bem como as IES contribuírem para a formação de futuros profissionais com raciocínio crítico e com competências para atuar no sistema de saúde (FRENK et al., 2010).

No Brasil, a expansão do ensino superior ocorreu principalmente pela iniciativa privada, gerando a necessidade de repactuação do compromisso dessas instituições formadoras com as políticas públicas de saúde e de educação, posto que o interesse pelo lucro imediato pode se sobrepôr à busca pela melhoria da qualidade do processo de formação (MORAES; COSTA, 2016).

Salientamos que a qualidade na formação do enfermeiro deve ser priorizada independente da IES ser de iniciativa pública ou privada, ao passo que está diretamente relacionada com a capacidade de se produzir um cuidado que seja colaborativo à melhoria das condições de saúde da população.

As IES devem mobilizar-se para que as mudanças na formação dos profissionais de saúde ocorram de forma concreta, ao colocar em prática o que está proposto no currículo do curso, para que as ações se materializem em uma formação alicerçada nas diretrizes das DCN/ENF e no SUS (SILVEIRA; GARCIA, 2015).

Para que isso ocorra, as DCN/ENF reforçam a relevância do desenvolvimento das competências e habilidades como núcleo central da prática do enfermeiro, sendo que as competências não se limitam a um conjunto de ações ou procedimentos técnicos, mas à interlocução entre saberes para a resolução de problemas e situações imprevisíveis, bem como a capacidade de enfrentamento aos desafios do trabalho e da sociedade contemporânea (BRASIL, 2001a; FERNANDES et al., 2005).

O termo competência está relacionado ao saber e ao fazer com qualidade, sendo inicialmente incorporado ao mundo do trabalho e, posteriormente, utilizado nas propostas de formação dos profissionais de saúde. Atualmente, esse termo engloba o âmbito da educação e

do trabalho e implica na capacidade de o indivíduo desenvolver suas ações com articulação entre o conhecimento teórico e prático (VIEIRA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2015).

A competência está relacionada à capacidade do indivíduo agir de forma eficaz, frente a um determinado tipo de situação, a partir da mobilização de vários recursos cognitivos, entre os quais se destacam os conhecimentos que são apreendidos por meio da experiência e da formação (PERRENOUD, 1999).

Por sua vez, as habilidades também reafirmadas pelas DCN/ENF são relevantes para o exercício profissional e perpassam pelo conhecimento adquirido, sobretudo nas atividades curriculares formais, sendo pertinente a análise dos aspectos implícitos deste conhecimento, na perspectiva da construção de verdadeiros cidadãos comprometidos com práticas transformadoras e adequadas às demandas sociais e profissionais (FERNANDES et al., 2005).

Assim, as competências e habilidades contribuem significativamente para que o enfermeiro seja um profissional crítico-reflexivo, sendo que as DCN/ENF propõem que a construção de seu perfil acadêmico e profissional esteja em consonância com referenciais nacionais e internacionais a fim de potencializar sua capacidade de transformação da realidade social (FERNANDES et al., 2005).

Estudos realizados na Colômbia e em Cuba apontaram a relevância da formação acadêmica para a construção de conhecimentos científicos que propicie a articulação entre competências e habilidades do enfermeiro à dimensão social, cultural, política e espiritual das pessoas, propiciando que este profissional tenha condições de desenvolver práticas de cuidado comprometidas com as necessidades de saúde da população e com a transformação social (SANTOS et al., 2015; BORRÉ-ORTIZ et al., 2015).

Outros achados da literatura evidenciaram que, apesar da formação com ênfase nas competências serem legalmente sustentadas pela LDB e incentivadas oficialmente pelas DCN/ENF, bem como possuir um papel relevante para a formação e prática do enfermeiro, existem contradições e dificuldades no que se refere ao seu desenvolvimento nos diversos cursos de graduação em enfermagem, considerando o perfil dos docentes e dos cursos de graduação. Por vezes, os docentes atribuem às competências e habilidades um caráter tecnicista e individualizante, no qual transfere o sucesso ou fracasso para o indivíduo, sem analisar o contexto coletivo, social e político que envolve a formação do enfermeiro (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013; VIEIRA et al., 2016; MEYER; KRUSE, 2003).

A integração ensino-serviço se constitui em estratégia de articulação entre a teoria e a prática, no contexto dos serviços de saúde, uma vez que diminui a dicotomia entre ensino e prática profissional, evidenciando que as práticas curriculares realizadas nessa perspectiva,

apresentam-se condizentes com as necessidades de saúde dos usuários, superando ações desconectadas da realidade e desenvolvidas apenas para cumprir requisitos curriculares (SANTOS et al., 2014; MEDEIROS; PERES, 2011).

Durante o processo de formação, a prática de cuidado do enfermeiro deve ser vivenciada através da inserção dos graduandos no contexto social e de trabalho da APS, propiciando que seus conhecimentos teóricos atualizados contribuam para modificar e inovar os cuidados primários de saúde. Além disso, a articulação entre o conhecimento teórico e a prática poderá contribuir para o amadurecimento do discente em relação ao exercício profissional com qualidade, habilidade, competência e segurança (BENITO et al., 2012).

Outros achados apontam que a interlocução entre teoria e prática, entre ensino e serviço, propicia a inserção do discente do curso de enfermagem na realidade do sistema de saúde sendo uma estratégia pedagógica efetiva para o contexto da APS e para o fortalecimento do potencial crítico-reflexivo do enfermeiro (LIMA, C. et al., 2016; MONTENEGRO; BRITO, 2011).

Considerando que a APS é responsável por suprir 80% dos problemas de saúde da população, as práticas realizadas neste campo tornam-se fundamentais para o processo formativo dos profissionais de saúde e para a consolidação das reformas curriculares, sendo relevante que estas reformas sejam pautadas nas premissas das DCN e na valorização da APS como importante campo teórico-prático para a formação profissional (BRAVO; CYRINO; AZEVEDO, 2014).

Nessa direção, torna-se primordial o direcionamento do processo de formação ao campo dos cuidados primários à saúde, tendo em vista o despreparo do enfermeiro para atuar na APS após a conclusão do curso da graduação (MONTENEGRO; BRITO, 2011).

Outro aspecto que interfere na integração ensino-serviço e fragiliza a formação é a baixa capacidade em contribuir no processo formativo de profissionais que atuem de forma resolutiva no trabalho em equipe, fato que reproduz práticas fragmentadas e pouco efetivas (COSTA et al., 2015).

Para que a formação de futuros profissionais de saúde corresponda às demandas dos serviços de saúde há a necessidade de se transpor a barreira técnica, biológica e curativista, avançando para a dimensão ética, social e de interlocução entre as diferentes áreas de conhecimento (BREHMER; RAMOS, 2016).

Estas autoras também afirmam que a interdisciplinaridade é um elemento fundamental à integralidade do cuidado e ao fortalecimento do processo de trabalho da APS, com potencial estratégico para reorientação da formação dos profissionais de saúde. Contudo, apresenta

limitações no cotidiano dos serviços de saúde, pois ainda se observa a preservação dos limites entre as disciplinas e a dificuldade de distinção entre a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade.

A multidisciplinaridade se configura na justaposição do conhecimento de diferentes especialistas, sem cooperação entre as disciplinas e com um saber que busca sobrepor-se ao outro (LUZ, 2009; SOARES; MARTINS, 2017). Já a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade do diálogo entre os especialistas de diferentes áreas, com interdependência entre os diferentes saberes, propiciando um projeto comum entre as disciplinas, no qual se estabelece uma relação de reciprocidade entre os envolvidos (LUZ, 2009; VELLOSO et al., 2016). Ou seja, um aspecto que diferencia de forma marcante a multidisciplinaridade da interdisciplinaridade é o nível de interação entre as disciplinas (OLIVEIRA, 2012).

Um estudo realizado com profissionais de saúde da APS e com discentes e docentes de diferentes cursos de graduação em enfermagem revelou que houve a intenção destes cursos em desenvolver a interdisciplinaridade tanto em sala de aula como nas atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, demonstrando uma aproximação com práticas interdisciplinares. Entretanto, essas iniciativas aconteceram de forma pontual, com dificuldade na diferenciação entre a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade e fragilidades na consolidação de práticas interdisciplinares na formação e nos serviços de saúde (BREHMER; RAMOS, 2016).

As autoras reafirmam ainda que as iniciativas de agendamento de espaços intercursos e a realização de atividades que integraram o trabalho dos profissionais da equipe de saúde com as vivências de discentes e docentes de outros cursos representaram um avanço no desenvolvimento de um enfoque interdisciplinar, pois anteriormente não havia a realização de práticas interdisciplinares no cenário analisado, ainda que pontualmente. Contudo, alerta sobre a importância de se avançar para discussões e ações que propiciem a inserção da interdisciplinaridade de forma efetiva nas práticas dos profissionais de saúde desde sua formação acadêmica.

Mediante esses desafios, foram instituídas políticas governamentais para a formação em saúde, a exemplo do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no intuito de promover mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde (SORIANO et al., 2015; COSTA et al., 2015).

Assim como o Pró-Saúde, o PET-Saúde busca viabilizar estágios e vivências aos acadêmicos da área de saúde, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, tendo

como eixo central a integração ensino-serviço por meio da inserção desses discentes, desde o início de sua formação, no cenário real das práticas no SUS, com ênfase na APS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2008b).

No Brasil, o descompasso entre as necessidades de profissionais para atuar no SUS e a formação profissional tem se configurado em um problema de longas datas, sendo que o Pró-Saúde e o PET-Saúde são inovações que fortalecem a aprendizagem proativa baseada em problemas e nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (FRENK et al., 2010).

Apesar dessas iniciativas representarem um estímulo significativo para a formação profissional é possível identificar alguns aspectos limitantes dessas políticas e, sobretudo, do processo formativo dos profissionais de saúde, entre os quais destacamos o baixo conhecimento e compromisso com o SUS, déficit na integração de conhecimentos interdisciplinares, pouca compreensão sobre o trabalho interprofissional, resistências às propostas inovadoras e pouca maturidade para o exercício da profissão (ALMEIDA FILHO, 2013).

Entendemos que estas políticas governamentais apresentam potencial para contribuir significativamente na formação do enfermeiro. Entretanto, ainda tem se apresentado de forma tímida para gerar mudanças no processo de aprendizagem, tendo em vista seu caráter pontual que não contemplam todos os discentes dos diversos cursos da área da saúde.

Convém evidenciar que o trabalho interprofissional representa importante estratégia para estimular melhorias no processo de formação e na qualidade dos serviços ofertados aos usuários por meio do trabalho em equipe marcado pela reflexão da atuação dos profissionais de saúde, resolução de problemas e negociação nos processos decisórios e construção de conhecimento com base no diálogo e respeito às singularidades dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (BATISTA, 2012).

Embora seja simples em sua conceituação, a aprendizagem interprofissional ainda é difícil de ser implementada em função da supervalorização das especializações, do modelo de ensino tradicional e do tribalismo¹⁵ das profissões, que gera desvalorização e falta de incorporação de ações interprofissionais no cotidiano dos serviços de saúde, ocasionando, conseqüentemente, dificuldades para a aprendizagem interprofissional acontecer de forma contínua durante e depois da graduação (FRENK et al., 2010).

No que concerne à formação do enfermeiro, há o desafio de preparar profissionais que sejam capazes de atender às rápidas mudanças tecnológicas e às políticas do setor saúde, de

¹⁵ Tribalismo - é a tendência de várias profissões agirem isoladamente ou em concorrência uns com os outros (FRENK et al., 2010).

modo a inserir-se no mundo do trabalho com uma atuação criativa, crítica e humanista permeada pela competência técnico-científica (CHAVES, 2014).

1.2 O cuidado e sua relação com as práticas do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

As práticas de cuidado do enfermeiro possuem a responsabilidade social de serem permeadas pelo compromisso com a vida e dignidade do ser humano e com seu contexto social e histórico, para contemplar a complexidade e singularidade dos usuários da APS e suas repercussões no campo da saúde.

Com efeito, as práticas de cuidado se configuram na mais antiga prática da história da humanidade, pois está relacionado a qualquer pessoa que ajuda outra a garantir a vida, não se restringindo a um ofício ou a uma profissão. Assim, o cuidar corresponde ao próprio surgimento da vida, tendo em vista que é imprescindível para a existência e o desenvolvimento das pessoas (COLLIÈRE, 1999; WALDOW, 2001).

Embora o cuidar não seja uma ação exclusivamente da enfermagem, é possível considerar que o cuidado se constitui em elemento estrutural do fazer e do saber desta profissão e possui a finalidade de melhor estruturar suas práticas e sua identidade profissional. Contudo, tais aspectos parecem estar subentendidos no universo das práticas do enfermeiro que, por vezes, desenvolvem suas práticas como um ato mecânico e técnico, ainda respaldado pelo modelo biomédico (FERRACCIOLI; ACIOLI, 2017; WALDOW; FENSTERSEIFER, 2011).

Nessa direção, tornou-se comum a realização das práticas em sentido oposto do cuidar, nas quais são observadas formas mecanizadas e impessoais que podem ocasionar insegurança e objetificação da pessoa que recebe o cuidado, suscitando a necessidade de evidenciarmos o cuidado como principal abordagem filosófica da enfermagem, no intuito de potencializar as práticas de cuidado que são realizadas no campo da saúde, sobretudo na APS (FERRACCIOLI; ACIOLI, 2017; WALDOW, 2001).

O cuidado, por muito tempo, foi percebido apenas como um fazer e desconsiderado como um saber, passando as diferentes práticas do enfermeiro. Ainda que indiretamente e, por vezes, tem se apresentado pouco fortalecido, no que se refere ao cuidado

expressivo¹⁶/sensível, gerando práticas com ênfase nas técnicas e nos aspectos biológicos (ACIOLI et al., 2014).

Tais circunstâncias têm ocasionado dificuldade por parte desses profissionais de definir o cuidar em suas práticas, considerando que realizam práticas permeadas pelo diálogo, escuta, humanização e respeito, sem relacioná-las ao cuidado, o que pode fragilizar sua atuação na APS (ACIOLI et al., 2014).

As autoras também sinalizaram que existem diversos aspectos que interferem para a realização de práticas tecnicistas e biologicistas na APS, entre as quais apontaram a carga horária mínima para a realização de consultas de enfermagem em virtude da determinação do número de consultas por turno, os problemas estruturais dos serviços de saúde e número elevado de usuários nestes serviços.

Tais achados nos leva a perceber que a organização dos serviços de saúde não tem proporcionado condições favoráveis para o enfermeiro desenvolver suas práticas numa perspectiva de valorização do cuidado ético que busca a realização de ações dialógicas e transformadoras.

Dessa forma, a análise dos aspectos que interferem nas práticas de cuidado do enfermeiro que atua na APS pode contribuir para o desenvolvimento de suas ações que contribuam para o fortalecimento da profissão e para sua atuação em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (ACIOLI et al., 2014).

Em relação ao objeto deste estudo, propomos trabalhar na perspectiva de que a formação do enfermeiro estimule a valorização do cuidado como elemento estruturante de suas práticas, de modo a suscitar que o enfermeiro, desde sua graduação, reconheça a necessidade de assegurar o desenvolvimento de ações que possam aliar o cuidado ético ao técnico.

Ressaltamos que prática é o “produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus*, isto é, o *habitus* enquanto sistema de disposições duráveis é matriz de percepção, de apreciação e de ação, que se realiza em determinadas condições sociais” (BOURDIEU, 1983, p. 19).

Já as práticas de saúde são percebidas como maneiras de fazer, elaboradas através de vários *habitus* e orientadas por diversas influências institucionais, familiares e grupos sociais

¹⁶ O cuidado é expressivo a partir do momento em que deixa de ser uma tarefa para ser uma ação que proporcione crescimento para quem cuida e para quem é cuidado (FONTES; ALVIM, 2008).

com sentidos que inter-relacionam elementos de várias racionalidades médicas e da medicina tradicional ou popular (ACIOLI et al., 2014; ACIOLI; LUZ, 2003).

Por sua vez, a prática de cuidado do enfermeiro configura-se em prática social, mediada por competências profissionais, saberes, habilidades e visões de mundo, relacionada ao contexto histórico e social, sendo que estes valores e concepções definem o modo como o enfermeiro realizará suas práticas (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

A prática de cuidado do enfermeiro também apresenta o objetivo de incorporar aos conhecimentos teórico-técnicos a sensibilidade do cuidar, tendo em vista que a complexidade biopsicossocial do ser humano e o cenário político estrutural da APS, suscita o desafio de implementar na APS o cuidado de enfermagem que expresse a centralidade do indivíduo no processo de cuidar (ACIOLI et al., 2014).

Convém evidenciarmos ainda que a maneira pela qual o enfermeiro lida e compreende o cuidado revela três dimensões: a dimensão prática, o cuidado e a articulação entre a prática e o cuidado (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

A primeira dimensão – prática – corresponde às atividades que integram o cotidiano dos enfermeiros, a exemplo das ações técnicas da equipe de enfermagem, as consultas de enfermagem, a supervisão, entre outros; a segunda dimensão – cuidado – está relacionada com as atividades de enfoque relacional, de prevenção de doenças e de identificação das necessidades de saúde dos usuários; e a terceira dimensão, indica que a articulação entre as dimensões prática e cuidado estão inter-relacionadas e expressam sentidos para as práticas de cuidado do enfermeiro (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

Estes sentidos podem ser técnico, organizacional e de boas práticas, sendo que o sentido técnico decorre da realização de procedimentos, a exemplo da administração de vacinas, realização de curativo e aferição de pressão arterial. Também denota que ao estar em contato direto com o usuário para executar um procedimento, o enfermeiro deve utilizar-se desse momento como uma possibilidade de interação e comunicação com estes usuários (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

O sentido organizacional se configura no momento em que o enfermeiro passa a se ocupar da realização de atividades de cunho administrativo, como o planejamento, coordenação, supervisão, reuniões e capacitação da equipe, primando pela organização do espaço terapêutico (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

Já o sentido de boas práticas do cuidado relaciona-se ao trabalho educativo e à assistência ofertada mediante identificação das necessidades de saúde dos usuários, seja no consultório, no domicílio ou na comunidade, sendo assim denominadas em virtude da

compreensão de que por meio delas, torna-se possível a construção de espaços que facilitam a atenção, a escuta e o diálogo (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

Tais perspectivas denotam que a dimensão prática está intrinsecamente relacionada à dimensão do cuidado, sendo fundamental para o desenvolvimento de práticas de cuidado que expressem competência técnica aliada ao cuidado ético.

Nesse sentido, quando a formação profissional do enfermeiro é norteadada pela ênfase do cuidado ao ser humano, não se limitando ao caráter biologicista, há a oportunidade de fortalecer a capacidade transformadora da enfermagem nos aspectos inerentes à saúde das pessoas bem como na sua valorização profissional.

Vale lembrarmos que as práticas de cuidado do enfermeiro são compostas por diversas ações reconhecidas como práticas assistenciais, educativas e administrativas (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

A prática assistencial está entrelaçada ao cuidado quando possibilita o início de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o usuário impulsionando o desenvolvimento de práticas de cuidado (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

Dentre as atividades assistenciais, destacamos a consulta de enfermagem por contribuir para o diálogo mais aberto, no qual o usuário tem maior oportunidade para relatar suas aflições, dúvidas e anseios (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

A consulta de enfermagem se constitui em atividade privativa do enfermeiro respaldada pela Lei nº 7.498/1986 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem e pela Resolução nº 159/1993 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), sendo um importante momento de realização da prática educativa ao ser direcionada pelo diálogo, a partir da escuta dos conflitos e dificuldades dos usuários, propiciando melhor conhecimento sobre as relações familiares, as condições sociais e emocionais, no intuito de promover sua autonomia e vínculo com o profissional (BRASIL, 1986; COFEN, 2009; ACIOLI et al., 2014; BERNARDES; MARQUES; PELLICCIOLI, 2013).

A prática assistencial do enfermeiro na APS abrange a execução de procedimentos técnicos aliados à boa interação com os usuários, tornando possível a oferta de uma assistência alicerçada no cuidado permeado pelo respeito e responsabilidade (WALDOW, 2004).

A APS também oportuniza a realização de visita domiciliar, na qual podem ser desenvolvidas ações assistenciais e educativas, por meio do encontro dos profissionais de saúde no ambiente familiar, suscitando a identificação de modo mais aproximado das principais demandas de saúde dos usuários (KEBIAN; ACIOLI, 2011).

O cuidado perpassa pelo âmbito familiar e comunitário interligado às necessidades psicoemocionais, as relações interpessoais e interprofissionais, com estabelecimento de vínculo, escuta, afeto e acolhimento (WALDOW, 2004).

Nesse sentido, o enfermeiro durante a visita domiciliar, pode realizar procedimentos técnicos e também utilizar-se da escuta ativa e das observações para fomentar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, além da identificação das necessidades de saúde dos usuários podendo levar a execução de práticas administrativas, a exemplo do agendamento de consultas e encaminhamentos a outros serviços de saúde (KEBIAN; ACIOLI, 2011).

No que concerne à prática administrativa, há a organização do ambiente para que se possibilite o cuidado, por meio de atividades de coordenação e supervisão da equipe o que requer do enfermeiro a tomada de decisão, competências e habilidades gerenciais e a capacidade para estabelecer um relacionamento interpessoal com os demais profissionais da equipe e os usuários (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

Contudo, a prática administrativa também tem gerado a conotação do enfermeiro como um *faz tudo*, em virtude deste profissional vivenciar a sobrecarga de trabalho por ter que cumprir diversas atividades, até mesmo aquelas que não são inerentes à sua profissão (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

A prática educativa permeia as demais práticas de cuidado do enfermeiro, configurando-se em um dos principais eixos norteadores do seu trabalho, podendo ser desenvolvida junto a grupos sociais a partir dos conhecimentos que constituem as áreas interdisciplinares da saúde e da educação (ACIOLI, 2008).

A prática educativa ocorre em diferentes espaços da APS, de forma individual, a exemplo das orientações que podem acontecer durante a consulta de enfermagem, e também de maneira coletiva com grupos comunitários, propiciando a promoção da saúde, a prevenção e o controle de agravos, o autocuidado e o estímulo à cidadania, participação popular e autonomia dos usuários (ACIOLI, 2008; ACIOLI et al., 2014).

Por fim, podemos afirmar que a articulação das práticas assistenciais, administrativa e educativa vivenciada durante o processo de formação do enfermeiro, em um constante movimento de busca pela horizontalidade das relações entre diferentes atores, poderá contribuir para a efetivação de práticas comprometidas com a singularidade de cada pessoa, atentando para a realidade subjetiva, social e histórica que permeia a vida e a saúde da população.

1.3 Formação profissional numa perspectiva crítica e reflexiva

As DCN dos cursos de graduação em saúde, aprovadas entre 2001 e 2002, evidenciaram a relevância da formação do profissional de saúde contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (ALMEIDA, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Nesse sentido, as DCN de algumas profissões da área da saúde, direcionaram em seu texto que a formação deveria ser voltada para o SUS e nas DCN/ENF foi destacado que a formação do enfermeiro deveria atender às necessidades de saúde da população, por meio da integralidade da atenção e da qualidade e humanização do cuidado, com ênfase no SUS (ALMEIDA, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; BRASIL, 2001a).

Contudo, tal direcionamento não pretende tornar a formação refém do sistema de saúde, mas estabelecer relações de pertencimento para se estabelecer mudanças tanto nos aspectos a serem aprimorados como na produção de conhecimentos capazes de potencializar as práticas de ensino, gestão, escuta social e cuidado (FERLA; CECCIM, 2013).

Convém lembrarmos que as DCN/ENF possuem como base filosófica os quatro Pilares da Educação que pressupõem o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a ser (DELORS, 1996).

Aprender a conhecer consiste em desenvolver capacidade profissional a partir da interação e compreensão do mundo que o rodeia com o propósito de se construir o conhecimento para utilizá-lo ao longo de sua vida (DELORS, 1996).

Aprender a fazer implica em desenvolver competências para o enfrentamento de diversas situações e para o trabalho em equipe através de diferentes experiências sociais ou de trabalho (DELORS, 1996).

Para este autor, aprender a conhecer e aprender a fazer são pilares indissociáveis, no qual aprender a fazer está intimamente relacionado à formação profissional conduzida para o desenvolvimento de qualidades para as relações interpessoais no exercício profissional.

Já aprender a viver juntos consiste na compreensão mútua da diversidade de valores e da interdependência entre as pessoas para se concretizar projetos coletivos, oportunizando uma melhor convivência com o outro e com o gerenciamento de conflitos (DELORS, 1996).

Nessa direção, aprender a ser integra os três pilares precedentes e busca o desenvolvimento pessoal com estímulo à criatividade, autonomia, inteligência, sensibilidade e criticidade (DELORS, 1996).

Para que se tenha coerência entre a formação e as exigências esperadas da atuação profissional, é relevante que se perceba a inter-relação dos Pilares da Educação com o compromisso social e político do trabalho em saúde, no intuito de o profissional avaliar criticamente sua atuação, o contexto que está atuando e sua capacidade de interação ativa com os usuários e demais profissionais de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Os Pilares da Educação buscam transcender o saber técnico para uma abordagem fundamentada na construção de competências que direcione o viver e o trabalhar coletivamente, além de direcionar o aprendizado e a convivência com o outro baseado nas competências que possibilitem o enfrentamento de desafios de forma autêntica e autônoma.

Em relação ao objeto desse estudo, os Pilares da Educação propiciam embasamento que podem ressignificar a formação do enfermeiro, na perspectiva de instigá-lo a apropriar-se desses direcionamentos para melhor condução de suas práticas de cuidado.

As diretrizes do SUS e as DCN para a área da saúde são referências para nortear o perfil do profissional de saúde, a produção do conhecimento e as relações estabelecidas entre IES e sistema local de saúde, potencializando a articulação entre a educação superior e o sistema de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Considerando o papel ordenador do SUS assegurado pela Constituição Federal, desde a esfera municipal à nacional, percebemos a relevância da elaboração de estratégias que possam suscitar a construção de práticas inovadoras que propiciem a formação de qualidade para os profissionais da área da saúde, pois o processo de formação deve ocorrer no espaço da rede de atenção à saúde (FEUERWERKER, 2006; BRASIL, 1988).

Outrossim, as IES devem assumir a responsabilidade de proporcionar meios adequados para que os profissionais de saúde colaborem com o desenvolvimento e implementação do SUS, tornando a formação destes profissionais condizentes com os propósitos do processo de democratização da saúde, iniciada com o movimento da RSB (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Por tais razões, o setor saúde deve cooperar para que a formação dos profissionais de saúde esteja vinculada às questões sociais que envolvem este setor, de modo que as IES possam cumprir a missão de preparar profissionais qualificados com base nas competências específicas de cada profissão e no exercício da cidadania (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Pertence tanto ao SUS quanto às IES a responsabilidade de analisar o contexto social e histórico que as pessoas estão inseridas, além de produzir sentidos que possam subsidiar práticas com orientação social, com envolvimento de gestores, docentes, discentes, usuários e

profissionais de saúde, por meio da análise e problematização do trabalho e das organizações de saúde e ensino (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

No estudo, evidenciamos o compartilhamento de responsabilidades entre os envolvidos dos setores educação e saúde como elemento fundamental para a formação do enfermeiro, no intuito de se construir um perfil profissional que seja capaz de atuar mediante as questões sociais, biológicas e subjetivas que estão presentes no processo de cuidar.

Ademais, a formação dos profissionais de saúde requer a compreensão e intervenção intersetorial bem como o desenvolvimento de ações que favoreçam a qualidade de vida dos usuários a partir da compreensão da complexidade, diversidade e amplitude da produção da vida do ser humano (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Nessa direção, estes autores elaboraram o conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde no qual analisa criticamente o processo de formação dos profissionais de saúde em decorrência das implicações recíprocas entre ensino, gestão, atenção e controle social, na perspectiva da construção de propostas inovadoras que direcionassem uma política nacional de formação com caráter de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de assegurar que a formação integrasse de fato o cotidiano do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Embora o quadrilátero da formação tenha se configurado em um conceito-chave para designar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, também proporciona contribuições significativas para a formação dos profissionais de saúde, em virtude da necessidade da formação profissional estabelecer práticas de saúde norteadas pela noção de corresponsabilidade com a gestão, atenção e participação social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; FERLA; CECCIM, 2013).

Contudo, para que a formação aconteça de forma a valorizar essas instâncias é preciso que ocorra o comprometimento das mesmas, pois quanto maior for sua articulação, maiores serão as chances de ocorrer transformações na atenção e na formação, considerando que as IES se constituem em campo do ensino e os serviços de saúde em campo da atenção à saúde. Ambos possuem potencial para suscitar mudanças que podem repercutir tanto na formação quanto na atenção à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Embora o diálogo entre as IES com a gestão, a atenção à saúde e os órgãos de controle social seja fundamental para a elaboração e sustentação de estratégias que impulsionem mudanças na formação e na atenção, percebemos que não é apenas na estrutura formal destas instâncias que acontecerá a efetividade dessas alterações, sendo pertinente que ocorra, no cotidiano de sua implementação, o envolvimento de todos os âmbitos para se estimular às

potencialidades de cada envolvido nesse processo e para superar as lacunas existentes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

No que concerne ao estudo, destacamos a importância de um olhar crítico e propositivo sobre as implicações da corresponsabilidade entre ensino, atenção, gestão e participação social para se estabelecer um diálogo entre os envolvidos neste processo, com a finalidade de direcionar a formação e a atenção à saúde de forma condizente com as demandas de saúde dos usuários e com as questões percebidas pelos atores sociais que estão atuando nesses diferentes espaços, podendo se constituir em propostas que gerem mudanças significativas no processo de formação do enfermeiro e no cuidado produzido nos serviços de saúde.

É importante sinalizarmos que as transformações não devem ocorrer simplesmente no plano burocrático, mas na realidade concreta dos sujeitos que atuam nos serviços de saúde e na formação profissional, de maneira a produzir múltiplos processos de reflexão crítica sobre as dimensões do aprender, do cuidar e do produzir conhecimentos (FEUERWERKER, 2014).

Assim, o estreitamento da relação entre os envolvidos no processo de formação e da atenção à saúde pode gerar o compartilhamento de experiências e vivências que vislumbrem a consolidação de novas formas de intervenção e de produção de encontros, ao possibilitar a porosidade entre os serviços de saúde, a universidade e os usuários (FEUERWERKER, 2014).

No estudo, ressaltamos a pertinência de se investir na formação do enfermeiro para que sua atuação seja comprometida com as questões sociais e subjetivas do trabalho em saúde, pois este profissional possui competências e habilidades para atuar na gestão, na atenção à saúde, com participação ativa dos usuários e na formação, podendo exercer um papel de articulador nesses diferentes cenários e contribuir para o estabelecimento de diálogos e oportunidades que se traduzam em modos mais efetivos de se pensar e fazer enfermagem.

A releitura sobre o sistema de saúde perpassa pela exigência de novas formas de se direcionar a formação dos profissionais de saúde, considerando que o aprender e o ensinar estão relacionados à capacidade de realizar novas práticas, com valorização da interface entre a formação, o mundo do trabalho e as subjetividades (CECCIM, 2007).

Ademais, a relevância da formação dos profissionais de saúde não está simplesmente em gerar profissionais para serem inseridos no mundo do trabalho, mas na missão socialmente necessária de compromisso ético-político (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

2 METODOLOGIA

2.1 Referencial filosófico

O termo hermenêutica significa a “ciência que tem por objetivo a interpretação ou ainda a arte de interpretar, relativo à interpretação própria para fazer compreender, arte de descobrir o sentido exato de um texto” (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 1519).

Na perspectiva filosófica, o alemão Hans-Georg Gadamer (1900-2002), discípulo de Martin Heidegger e um dos principais teóricos da hermenêutica contemporânea, desenvolveu concepções que apresentam a hermenêutica como uma verdadeira arte da compreensão, não se limitando a um processo mecânico. No entanto, não pretendeu elaborar uma “doutrina da arte” do compreender, mas trouxe a valiosa contribuição filosófica de evidenciar que a hermenêutica busca o esclarecimento das condições que possibilitam a compreensão (GADAMER, 1997; MELLO, 2012).

Inspirado em Heidegger, Gadamer propõe a compreensão baseada no círculo hermenêutico, que não se constitui em um processo “metodológico”, por não se tratar de uma estrutura formal de natureza objetiva ou subjetiva, todavia se configura em um momento ontológico da compreensão por meio do movimento entre o interpretar e o compreender (GADAMER, 1997).

A compreensão implica em compreender-se de um modo diferente, não devendo ser confundido com “compreender melhor” ou “saber mais”, tendo em vista que a consciência hermenêuticamente formada deve se mostrar receptiva para compreender aquilo que o outro diz. Ou seja, ao se realizar a leitura de um texto ou ao ouvir alguém, é preciso estar aberto às opiniões do outro ou à do texto colocando-as em relação com o conjunto das suas próprias opiniões ou, pelo menos, se por em certa relação com elas, pois o texto continua o mesmo, mas com distintas compreensões (GADAMER, 1997).

Em relação ao estudo proposto, utilizamos a hermenêutica filosófica por apresentar reflexões que direcionaram a busca pela compreensão dos diversos aspectos que envolvem o processo de formação do enfermeiro e as repercussões para sua prática de cuidado, sendo que o (re)pensar desse fenômeno perpassa pela capacidade de dialogar com a multiplicidade das interpretações do enfermeiro.

Para compreender um texto, o intérprete deve estar disposto a permitir que o mesmo lhe diga algo sobre si, porquanto aquele que quer compreender algo não pode se entregar às suas próprias opiniões prévias e ignorar a opinião do outro, porém deve ouvi-la até que se perca sua suposta compreensão (GADAMER, 1997).

No contexto da hermenêutica filosófica, as opiniões prévias são entendidas como preconceitos e expressam a realidade histórica do indivíduo com sua visão a respeito de determinado objeto, o que ocasiona o confronto da verdade do texto com as ideias pessoais do intérprete, gerando a revisão constante dos preconceitos trazidos pelo intérprete para que o ato compreensivo aconteça dentro das perspectivas do fenômeno hermenêutico (GADAMER, 1997).

Para este filósofo, a compreensão envolve um projetar-se sobre o texto levando o intérprete a ter um primeiro sentido que elabora um projeto prévio a partir de suas expectativas e perspectivas de um sentido determinado que não se configura em algo acabado, necessitando ser revisado conforme os avanços identificados pelo sentido.

Ademais, a interpretação não é um ato posterior ou complementar da compreensão e consiste na forma explícita da compreensão. Portanto, se o intérprete quiser compreender, há a exigência de que esteja aberto às maneiras novas e distintas apresentadas pelas pretensões de cada texto ou diálogo (GADAMER, 1997).

Nessa direção, a pergunta possui o caráter de abrir e manter abertas as diversas possibilidades, considerando que a hermenêutica ocorre quando algo nos interpela e, conseqüentemente, inicia a compreensão, em virtude de a tarefa hermenêutica basear-se em um “questionamento pautado na coisa” que está determinado pela pergunta (GADAMER, 1997, p. 405).

A pergunta é a chave das filosofias hermenêuticas e permite a compreensão por meio do diálogo entre intérprete e texto, o qual é proveniente da dialética entre pergunta e resposta. Assim, para atingir esse propósito a pergunta deve ter pertinência e sentido em direção às possíveis respostas (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012).

Com efeito, o horizonte do perguntar está intimamente relacionado à habilidade de se compreender a pergunta mais além do que foi dito, bem como o sentido que o texto se determina, levando o intérprete a retroceder com suas perguntas e a se indagar sobre o que há para se acrescentar em suas respostas (GADAMER, 1997).

Ressaltamos que a interpelação perpassa primeiramente pela pessoa se disponibilizar a ouvir o que lhe é transmitido pela linguagem escrita ou falada, posto que o “ouvir é um caminho rumo ao todo” (GADAMER, 1997, p. 670), não existindo nada que não seja

acessível ao ouvido pela linguagem, evidenciando a primazia do ouvir e da linguagem para o fenômeno hermenêutico.

Destarte, a linguagem, na qual o ouvir participa, possibilita ao homem o seu estar-no-mundo, sendo uma dimensão profunda da sua existência manifestada pelo diálogo, considerando que toda compreensão só é possível pela linguagem que, por sua vez, “só tem sua verdadeira existência no fato de que nela se representa o mundo” (GADAMER, 1997, p. 643).

Tais direcionamentos se configuram em reflexões essenciais para que o enfermeiro analise sua inserção no mundo, na perspectiva da construção de possibilidades para se potencializar sua formação profissional e o exercício da enfermagem como prática social comprometida com as transformações necessárias à sua formação, ao contexto de sua atuação junto aos usuários e a valorização da enfermagem na sociedade contemporânea.

A linguagem indica que o homem tem mundo e que o mundo possui uma existência diferenciada para o homem, em decorrência da capacidade de dialogar, de possibilitar que a tradição seja alcançada pelas pessoas que vivem no presente e pela pertença existente entre o texto e o intérprete. Ou seja, “o ser que pode ser compreendido é linguagem” (GADAMER, 1997, p. 23).

Nesse sentido, a tradição deve funcionar como um “tu” que tem algo a nos dizer em virtude de ser linguagem que fala por si mesma através da experiência hermenêutica do intérprete que dialoga com o texto e realiza perguntas e respostas sobre o que “ouve” do texto, tornando-se fundamental para alcançar a compreensão (GADAMER, 1997; BONFIM, 2010).

A tradição não é um conhecer e apropriar-se do que é transmitido pelo texto, nem restringe a liberdade do conhecer, em razão de ser um conteúdo de sentido que nunca se refere à compreensão do todo da história, mas proporciona o conhecimento e reconhecimento que leva à consciência da história efetual do próprio ser (GADAMER, 1997; BONFIM, 2010).

Vale lembrarmos que a hermenêutica filosófica está ligada de maneira intransigente à história efetual, a qual levou a linguagem a um avanço sem precedentes em decorrência da historicidade do indivíduo que busca, por suas experiências, re(construir) a sua história em uma relação intersubjetiva com os efeitos provenientes dos acontecimentos passados (BONFIM, 2010).

Cumpramos observarmos que a história efetual continua atuando até onde se tenta neutralizá-la, em face de o homem pertencer à história mais do que ela lhe pertence, exercendo a função de instância basilar para cada compreensão e dando clareza àquilo que

parece ser questionável, além de ser relevante ao ponto de nortear quase toda a hermenêutica filosófica (GADAMER, 1997; GRONDIN, 1999).

Dado o exposto, a pertença do homem à tradição estabelece uma ligação histórica entre épocas distintas levando o intérprete a compreender o texto como algo que o pertence e que se sente ligado, gerando o pertencimento do indivíduo à tradição como sua condição existencial de ser histórico e finito (GADAMER, 1997).

Por sua vez, a consciência da história efetual também está relacionada com a estrutura da experiência, porquanto a verdade de um texto não fala como o faria a própria pessoa a partir da sua compreensão sobre a sua historicidade, revelando que a experiência só acontece através das observações e vivências individuais (GADAMER, 1997).

A experiência tem o potencial de refutar as falsas universalizações, possibilitando a desconstrução das coisas tidas como típicas, levando a percebê-la como um saber mais amplo e como um pressuposto necessário para a ciência, considerando que a verdade da vida é anterior à verdade científica (GADAMER, 1997; BONFIM, 2010).

Por iguais razões, ao tomar consciência de sua experiência, a pessoa adquire um novo horizonte e um saber diferenciado que suscita a abertura para toda e qualquer nova experiência, ainda que se desenvolva o conhecimento de seus limites e a insegurança de seus planos, em decorrência da finitude humana (GADAMER, 1997).

A articulação entre a formação e a atenção à saúde tem a possibilidade de impulsionar diferentes diálogos entre os envolvidos no processo de ensinar, aprender e cuidar, de modo que não se pode restringi-lo ao plano das formalidades institucionais, uma vez que tanto a formação do enfermeiro como as práticas de cuidado realizadas nos serviços de saúde proporcionam experiências que são momentos de singularidades vivenciados no campo da saúde e da formação, que propiciam a aproximação com as potencialidades e fragilidades inerentes ao exercício profissional.

Na perspectiva hermenêutica, o horizonte é algo no qual o ser humano trilha e com ele faz o seu caminho, pois o horizonte se desloca ao passo de quem se move. Não existindo um horizonte do presente por si mesmo, ele sempre está atrelado ao encontro com o passado e com a compreensão da tradição. Portanto, o horizonte é o âmbito que contempla tudo que é visível de um determinado ponto, tendo em vista que o ser sem horizonte é aquele que não consegue obter uma visão ampliada de sua historicidade (GADAMER, 1997).

Ademais, quando o horizonte do intérprete se encontra com o horizonte histórico ocorre a fusão de horizontes que impulsiona novas compreensões, a busca pelo conhecimento e o genuíno desempenho da linguagem (GADAMER, 1997).

Nessa direção, a fusão de horizontes pressupõe o exercício de pergunta e resposta entre o texto e o intérprete, no qual a tarefa hermenêutica consiste em não ocultar a relação de tensão entre o texto e o presente, desenvolvendo-a de forma consciente para projetar um horizonte distinto daquele encontrado no presente (GADAMER, 1997).

Essa tensão também é permeada pela polaridade da familiaridade e estranheza que possibilita a compreensão em diferentes vertentes, decorrente da pertença que a tradição já imprimiu em nós e a objetividade da distância que foi historicamente construída entre o intérprete e o texto (GADAMER, 1997).

Salientamos que o fenômeno da compreensão também é determinado pela aplicação, sendo um processo hermenêutico tão essencial quanto a interpretação, não se configurando uma parte última e eventual deste fenômeno, em razão de estar presente desde o princípio, uma vez que o intérprete ao se confrontar com a tradição, procura aplicá-la a si mesmo por meio da compreensão sobre o que diz a tradição e o significado do texto (GADAMER, 1997).

Assim, a aplicação está sempre presente em qualquer ato de compreensão porque “compreender é sempre também aplicar” e requer que o intérprete reconheça esse processo “em cada situação concreta de uma maneira nova e distinta” (GADAMER, 1997, p. 461).

A compreensão possui a finalidade de tornar visível aquilo que foi elaborado por meio da experiência hermenêutica para que se consiga contribuir com a construção de novos saberes que possam se traduzir em mudanças no jeito de se pensar e fazer enfermagem tanto na formação quanto na atuação profissional.

2.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, uma vez que os estudos qualitativos buscam reflexões sobre um fenômeno social, relacionado a um determinado grupo, por meio do estudo das relações, representações, percepções e opiniões, como resultante das interpretações que este determinado grupo faz a respeito da realidade em que está inserido e do modo como constrói sua realidade social (MINAYO, 2014).

Desta maneira, optamos por utilizar a abordagem qualitativa por acreditar que ela propiciará encontrar caminhos para a compreensão sobre as práticas de cuidado do enfermeiro e a inter-relação com o processo de sua formação profissional, na perspectiva de

aprofundarmos o conhecimento desse fenômeno no contexto da APS, considerando que a enfermagem se configura em uma prática social.

2.3 Campo do estudo

O campo do estudo foi o município de Jequié que está situado na região sudoeste do estado da Bahia, distando 364 km da capital, Salvador, localizado entre a zona da mata e a caatinga, com clima predominante tropical chuvoso e semi-árido e temperatura média anual de 24°C (IBGE, 2015).

Possui área de unidade territorial de 2.969,034 Km² e uma população estimada em 161.528 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) no ano de 2010 de 0,665 (IBGE, 2015).

Atualmente, o município de Jequié possui oito IES cadastradas pelo Ministério da Educação, com cursos presenciais e à distância, contemplando diversas áreas do conhecimento, inclusive das Ciências da Saúde (BRASIL, 2015). Dentre essas IES, três oferecem o curso de graduação em Enfermagem, dos quais dois são diurnos e um noturno.

No que concerne a rede de estabelecimentos do SUS, o município de Jequié possui 85 estabelecimentos, sendo que a rede de cuidados do município compreende a APS, Rede de Atenção Especializada (média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar), Rede de Atenção Hospitalar e Complexo Regulador Municipal (JEQUIÉ, 2014).

A APS é constituída por 19 USF, sendo 28 equipes de Saúde da Família e quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do modelo tradicional – centros de saúde (conforme descrito nos quadros 1 e 2); nove equipes do PACS; 25 postos de saúde, uma Unidade Móvel de Saúde para atendimento médico e uma Unidade do Programa de Saúde Prisional (JEQUIÉ, 2014).

A APS do município de Jequié apresenta-se estruturada a partir de uma rede de serviços de saúde que contemplam a zona urbana e rural, sendo que a ESF apresenta cobertura de 59,16% da população (JEQUIÉ, 2014). Tal situação evidencia um contingente populacional significativo (40,84%) que ainda não é assistido pela ESF.

Quadro 1 – Relação dos centros de saúde do município de Jequié-BA, com número de enfermeiros, número de pessoas acompanhadas e localização

NOME DA UNIDADE	Nº DE ENFERMEIROS	Nº DE PESSOAS ACOMPANHADAS	LOCALIZAÇÃO
Centro de Saúde Almerinda Lomanto	13	5897	Zona urbana
Centro de Saúde Jequié	13	9584	Zona urbana
Centro de Saúde Júlia Magalhães	09	10208	Zona urbana
Centro de Saúde Sebastião Azevedo	08	2175	Zona urbana

Nota: Plano Municipal de saúde, exercício 2014/2017. Jequié, 2014; Relatórios de cadastro individual das unidades de saúde. Jequié, 2019.

Fonte: JEQUIÉ, 2014; JEQUIÉ, 2019.

Quadro 2 – Relação das USF do município de Jequié-BA, com número de enfermeiros, número de pessoas acompanhadas e localização (continua)

NOME DA UNIDADE	Nº DE ENFERMEIROS	Nº DE PESSOAS ACOMPANHADAS	LOCALIZAÇÃO
USF Amando Ribeiro Borges I	01	642	Zona urbana
USF Amando Ribeiro Borges II	01	1619	Zona urbana
USF Antônio Carlos Martins	01	2639	Zona urbana
USF Aurélio Sciarretta I	01	784	Zona urbana
USF Aurélio Sciarretta I	01	3447	Zona urbana
USF Gilson Pinheiro	01	2633	Zona urbana
USF Giserlando Biondi I	01	857	Zona urbana
USF Giserlando Biondi II	01	1445	Zona urbana
USF Hosanah Michelli Tolomei	01	2073	Zona urbana
USF Ildefonso Guedes de Araújo	01	710	Zona urbana
USF Isa Cléria Borges I	01	1667	Zona urbana
USF Isa Cléria Borges II	01	1178	Zona urbana
USF Isabel Andrade	01	1037	Zona rural
USF João Caricchio Filho	01	1793	Zona urbana

Quadro 2 – Relação das USF do município de Jequié-BA, com número de enfermeiros, número de pessoas acompanhadas e localização (conclusão)

NOME DA UNIDADE	Nº DE ENFERMEIROS	Nº DE PESSOAS ACOMPANHADAS	LOCALIZAÇÃO
USF José Maximiliano H. Sandoval I	01	220	Zona urbana
USF José Maximiliano H. Sandoval II	01	603	Zona urbana
USF Milton Rabelo I	01	571	Zona urbana
USF Milton Rabelo II	01	2012	Zona urbana
USF Odorico Mota da Silveira	01	1611	Zona urbana
USF Olimpio José dos Anjos	01	1797	Zona urbana
USF Padre Hilário Terrosi I	01	1149	Zona urbana
USF Padre Hilário Terrosi I	01	1197	Zona urbana
USF Rubens Xavier I	01	1227	Zona urbana
USF Rubens Xavier II	01	1023	Zona urbana
USF Senhorinha Ferreira de Araújo	01	2232	Zona urbana
USF Virgílio de Paula Tourinho Neto I	01	931	Zona urbana
USF Virgílio de Paula Tourinho Neto II	01	1219	Zona urbana
USF Waldomiro Borges de Souza Filho	01	1836	Zona rural

Nota: Plano Municipal de saúde, exercício 2014/2017. Jequié, 2014; Relatórios de cadastro individual das unidades de saúde. Jequié, 2019.

Fonte: JEQUIÉ, 2014; JEQUIÉ, 2019.

O estudo foi realizado em 15 equipes de Saúde da Família e quatro centros de saúde, sendo que as equipes de Saúde da Família foram selecionadas a partir dos critérios de inclusão, a saber: equipe mínima completa, segundo os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), por entender que há alterações na dinâmica do trabalho da equipe que não está constituída por todos os profissionais; e USF da zona urbana, considerando que a organização das práticas de cuidado realizadas na zona rural apresenta especificidades em relação às unidades de saúde da zona urbana, a exemplo do horário disponibilizado para o enfermeiro desenvolver suas práticas junto aos usuários e equipe de saúde, em virtude deste profissional não residir na zona rural e seu deslocamento ser realizado pelo transporte da SMS, ocasionando um regime de trabalho diferente da zona urbana. O Sistema de Informação em Saúde (SIS) e agendamento de exames complementares, procedimentos e especialidades que acontece via internet na zona urbana, não pode ser realizado na zona rural, gerando uma

atribuição diferenciada ao enfermeiro que coordena a equipe de Saúde da Família da zona rural, no que se refere à alimentação desse sistema e à realização desses agendamentos.

2.4 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram 27 enfermeiros que atuam na APS, dos quais 15 atuam nas USF e 12 nos centros de saúde. Para delimitar os enfermeiros das USF foi definido como critério de inclusão possuir o tempo mínimo de três meses de atuação na APS, considerando que no município pesquisado tem ocorrido uma constante rotatividade dos enfermeiros que atuam nas USF em virtude da fragilidade de vínculo ocasionado pelas contratações.

Convém evidenciarmos que nos centros de saúde, a maioria dos enfermeiros possui vínculo empregatício mediante concurso público e nas USF todos os enfermeiros são contratados através de indicação política, fato que implica em diferentes condições de trabalho, pois os enfermeiros concursados possuem estabilidade do vínculo empregatício e direito trabalhista assegurado.

Por sua vez, os contratados temporários expressam a fragilidade do vínculo e negação desses direitos, sendo uma situação vivenciada por todos os enfermeiros que atuam na ESF do município pesquisado.

Acreditamos que essa modalidade de vínculo pode trazer impactos na qualidade do cuidado realizado aos usuários, pois em muitos momentos podem ocorrer a rotatividade de enfermeiros nas USF, podendo fragilizar o vínculo entre a comunidade e o enfermeiro.

Também pode gerar desvalorização profissional do enfermeiro, pois a negação dos direitos trabalhistas pode dificultar sua liberdade de ação e expressão, trazendo repercussões para suas práticas de cuidado e também para sua qualidade de vida.

Ressaltamos que, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não houve preocupação com a amostragem numérica, mas sim com o aprofundamento e a amplitude da compreensão do fenômeno estudado, uma vez que na pesquisa qualitativa, dados numéricos não significam garantia da representatividade da amostra, levando em consideração a saturação empírica dos dados. Por saturação entende-se que o pesquisador conseguiu compreender o fenômeno em estudo a partir do grupo ou coletividade analisado (MINAYO, 2014).

No que concerne a critério de exclusão, foram excluídos os enfermeiros que se

encontravam de férias e em gozo de licença-prêmio ou licença-médica no período da aproximação com o cenário da pesquisa. Assim, três enfermeiros não puderam participar da coleta de dados, em virtude desse critério.

2.5 Questões éticas

Este estudo cumpriu as exigências éticas definidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta normas e diretrizes para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Após a realização do Exame de Qualificação, realizamos as adequações e submetemos o projeto de pesquisa à tramitação na Plataforma Brasil para análise e monitoramento do Sistema Comitê de Ética em Pesquisa e Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP).

Durante esta tramitação, o CEP da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR) solicitou à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié a autorização institucional para a coleta de dados e declaração de infraestrutura, como um dos documentos necessários à continuidade para tramitação do projeto. Assim, o secretário municipal de saúde de Jequié emitiu a autorização institucional para a coleta de dados e declaração de infraestrutura ao referido CEP (ANEXO A).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP sob parecer nº 1.968.255, CAEE 65365317.1.0000.5578 (ANEXO B) e após essa aprovação encaminhamos ofício à SMS através da coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) UESB, solicitando autorização para coleta de dados (ANEXO C). Após a autorização do secretário municipal de saúde (ANEXO D) fomos encaminhadas à coordenação da Atenção Básica que nos entregou a autorização para apresentarmos nas Unidades de Saúde quando realizássemos a visita para apresentação da proposta da pesquisa.

A participação na pesquisa apresentou como riscos o desconforto que pode ter sido ocasionado ao enfermeiro por falar sobre questões relacionadas à sua prática e formação profissional, bem como o desgaste físico, a exemplo de cansaço, ocasionado pelo tempo utilizado para conceder a entrevista. Os participantes não foram obrigados a responder as perguntas, principalmente quando consideraram ser uma informação desconfortante.

Para evitar ou minimizar estes possíveis riscos, nos comprometemos a realizar a entrevista no tempo máximo de uma hora, em ambiente reservado e confortável, indicado pelo participante que, na sua maioria optou pelo seu ambiente de trabalho, sendo que o mesmo teve o direito assegurado de solicitar a interrupção da entrevista a qualquer momento.

Caso ocorresse algum problema relacionado à participação na pesquisa, o enfermeiro teria direito à assistência gratuita, ficando também garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da sua participação, mediante decisão judicial ou extrajudicial.

A participação na pesquisa aconteceu de forma voluntária, após os enfermeiros terem acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora que a guardará por cinco anos.

Seguindo as recomendações do CNS, o TCLE foi redigido em linguagem clara e acessível ao participante da pesquisa, contendo os objetivos e justificativa do estudo, local de realização do estudo, os possíveis riscos e os prováveis benefícios; destacando ainda a garantia do sigilo quanto à identidade, a privacidade e o anonimato dos mesmos. No TCLE foram ainda descritos os contatos da pesquisadora para as situações em que os participantes desistissem da pesquisa em quaisquer de suas fases.

Foi solicitada permissão para gravação das entrevistas, reprodução e divulgação das informações coletadas. Para a garantia do anonimato, utilizamos como caracterização a numeração do entrevistado pela ordem crescente de realização da entrevista, a partir do algarismo arábico 1, a exemplo de Entrevistado 1, e assim sucessivamente.

Também foi solicitada autorização no TCLE para que os dados obtidos na pesquisa fossem utilizados apenas para os objetivos propostos pelo estudo e posteriormente divulgados em revistas e eventos científicos, não sendo utilizados para outra finalidade que resultassem em prejuízos de qualquer ordem para os participantes do estudo.

2.6 Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A aproximação com os participantes do estudo ocorreu por meio de visitas à USF e aos centros de saúde, nas quais houve a apresentação do ofício da autorização da SMS para a coleta de dados bem como o diálogo sobre os objetivos da pesquisa com enfermeiros

coordenadores para que os mesmos pudessem avaliar sua disponibilidade e interesse em participar da pesquisa.

Nos centros de saúde, os enfermeiros coordenadores também viabilizaram o diálogo com os demais enfermeiros, uma vez que nestas unidades de saúde existe um enfermeiro que gerencia a unidade e outros enfermeiros que atuam no cuidado direto aos usuários por meio dos programas de preventivo, pré-natal, planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento, hipertensão, diabetes, saúde mental, tuberculose e hanseníase.

Assim, após autorização do enfermeiro coordenador do centro de saúde, nos dirigimos aos enfermeiros que atuam nestes programas e procedemos a apresentação da proposta da pesquisa para que o mesmo avaliasse se aceitaria ou não participar da pesquisa. Ressaltamos que houve a necessidade de realizar outras visitas nos centros de saúde, pois alguns enfermeiros trabalham no turno matutino e outros no turno vespertino.

Já nas USF foi realizada uma visita para apresentação da autorização da SMS para a coleta de dados e a apresentação dos objetivos da pesquisa, considerando que os enfermeiros que coordenam estas unidades também realizam o cuidado direto aos usuários.

Após esse momento de diálogo com os enfermeiros dos centros de saúde e USF, foram agendados o dia e horário para realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade do enfermeiro, tendo em vista que nenhum enfermeiro se recusou a participar da pesquisa.

No que concerne à técnica de coleta de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada por entender que ela permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem prender-se à indagação formulada, uma vez que combina perguntas fechadas e abertas (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram realizadas com o auxílio do gravador e de um roteiro (APÊNDICE B), no período de julho a dezembro de 2017 e constou de duas partes: a primeira referente à caracterização e os dados sociodemográficos dos participantes e a segunda constituída de questões disparadoras sobre a inter-relação das práticas de cuidado do enfermeiro e sua formação profissional, buscando suscitar a livre expressão do entrevistado.

Desta maneira, 25 entrevistas ocorreram nas Unidades de Saúde que eram o ambiente de trabalho do enfermeiro e duas entrevistas foram realizadas na UESB, conforme solicitação dos entrevistados, por relataram que o espaço físico das Unidades de Saúde que atuavam não proporcionava privacidade para gravar a entrevista. As entrevistas tiveram a duração média de 50 minutos.

2.7 Análise e interpretação dos dados

Para análise dos dados utilizamos a hermenêutica filosófica de Gadamer, por propiciar o estabelecimento da relação com aquilo que o texto intenciona expressar, ocasionado a produção de sentidos e interpretações que permitiu compreender as opiniões dos participantes do estudo e, conseqüentemente, a construção e reconstrução da realidade vivenciada por estes atores sociais.

Ressaltamos que Gadamer não apresenta estratégias formais para interpretar o texto, pois a “arte” de compreender não pode ser entendida como aplicação de regras ou de procedimentos mecanizados, estando diretamente relacionada “mais a uma formulação de conteúdo do que uma formulação metódica” (GADAMER, 1997, p. 26).

Este filósofo considera que o uso dos métodos científicos não assegura a verdade, fato que não pretende suscitar uma diminuição da cientificidade, contudo, evidencia a legitimação da pretensão de um significado humano especial, frente às limitações provenientes dos “métodos”, mas não da ciência.

Com efeito, o sentido de um texto sempre supera seu autor, em virtude da compreensão gerar um comportamento produtivo que pode ser aplicado tanto ao intérprete quanto ao autor do texto, numa relação sujeito-sujeito (GADAMER, 1997).

Por sua vez, a interpretação dos dados envolve todo o processo da pesquisa e favorece o envolvimento do pesquisador com as possibilidades interpretativas do fenômeno, tendo em vista a inter-relação existente entre a interpretação, o círculo hermenêutico e o intérprete (MOULES et al., 2015).

Dessa maneira, a elaboração do material para a análise teve início com as transcrições das entrevistas, momento que pode ser considerado como parte da interpretação por oportunizar as primeiras impressões do pesquisador que, por sua vez, já consegue vislumbrar alguns aspectos do texto que contribuirão para a compreensão do objeto de estudo (MOULES et al., 2015).

Nessa direção, os dados foram organizados pela sequência da gravação das entrevistas, com suas respectivas datas e horários e após as transcrições das mesmas foram realizadas anotações que pudessem colaborar com as interpretações.

Após a transcrição das entrevistas, procedemos sua leitura e releitura, tendo em vista que o compreender é sempre um mover-se no círculo hermenêutico. Por isso é essencial o constante retorno do todo às partes e vice-versa, o que viabiliza a ampliação deste círculo, em

decorrência da compreensão do individual estar relacionada com o conceito do todo e com a integração em contextos cada vez maiores (GADAMER, 1997).

Ressaltamos que o círculo hermenêutico é entendido como um raciocínio circular, “já que o todo, a partir do qual se deve entender o individual, não pode ser dado antes do individual” (GADAMER, 1997, p. 296).

Tal direcionamento tornou relevantes as leituras das partes para o todo e deste para as partes, no intuito de compreender o texto proveniente das entrevistas. Assim, durante o processo de interpretação dos dados procedemos uma leitura preliminar das entrevistas, o que proporcionou uma visão geral do seu conteúdo. Posteriormente realizamos a leitura exaustiva do material. Ao percebermos a necessidade de repensar o sentido das interpretações retornávamos ao texto original para que pudéssemos agregar elementos que colaborassem com sua compreensão.

Considerando que a hermenêutica filosófica valoriza o aprofundamento da compreensão do fenômeno para aplicá-la de forma prática, diferente e lógica no contexto real do intérprete, não há a finalidade de formar temas, categorias, constructos teóricos ou teorias. Todavia, o estabelecimento dessas estruturas pode facilitar a apresentação e a explicação das interpretações (MOULES et al., 2015).

Por tais razões, após a transcrição das entrevistas destacou-se, com diferentes cores, os agrupamentos de falas com o mesmo sentido de interpretação, propiciando que a identificação das unidades de sentido fossem agrupadas em categorias. Quando pertinente para a compreensão da categoria, as unidades de sentido também foram agrupadas de maneira mais específica em subcategorias, conforme descrito no quadro 3.

Destarte, para que o intérprete consiga compreender “não deve querer ignorar a si mesmo e a situação hermenêutica concreta, na qual se encontra. Está obrigado a relacionar o texto com essa situação, se é que quer entender algo nele” (GADAMER, 1997, p. 482).

Dessa forma, iniciamos o processo de escrita das interpretações de cada categoria com suas respectivas subcategorias com base na fusão de horizontes, o que permitiu a elaboração de um conhecimento proveniente do confronto entre o texto, as opiniões prévias da pesquisadora, as bases teórico-conceituais e o objeto de estudo.

Finalmente, a ótica gadameriana constituiu-se em um caminho que nos possibilitou compreender a interface entre a formação e as práticas de cuidado do enfermeiro a partir da realidade vivenciada pelos participantes do estudo, ao evidenciarem em seus discursos a singularidade de suas experiências e, dessa forma, a construção de sentidos e interpretações que expressaram a parte do todo que foi investigado.

Quadro 3 – Síntese da organização das categorias com suas respectivas subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Contexto das práticas de cuidado do enfermeiro e a relação com a formação	
Aspectos da formação profissional que influenciam a prática do enfermeiro	Processos que contribuem para a articulação teoria-prática
	Lacunas da formação do enfermeiro na relação teoria-prática
Integração ensino-serviço-comunidade no contexto da formação do enfermeiro	

Fonte: A autora, 2019.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo tem a finalidade de apresentar a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo bem como os resultados provenientes da análise de seus depoimentos. Para favorecer a compreensão das interpretações destes depoimentos organizamos os resultados e discussão através de categorias e subcategorias.

Do total de participantes, 24 são do sexo feminino, mostrando que a enfermagem continua sendo uma profissão essencialmente feminina.

As mulheres apresentaram faixa etária entre 30 e 47 anos e os homens entre 30 e 39 anos, ambos com tempo de atuação profissional que varia de 4 meses a 19 anos, com tempo médio de 6 anos. Já a atuação na APS varia de 4 meses a 19 anos, com tempo médio de atuação de 4 anos. Seis enfermeiros possuem outro vínculo empregatício.

Com relação à formação profissional, 19 enfermeiros concluíram a graduação em IES da rede privada, com tempo de conclusão que varia entre 3 a 20 anos, sendo o tempo médio de 5 anos.

Vinte e seis (26) enfermeiros relataram participar de cursos de atualização. As temáticas predominantes são abordagem sindrômica, diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente e Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

No que se refere a pós-graduação, 20 enfermeiros cursaram especialização com a predominância nas áreas de urgência, emergência e unidade de terapia intensiva, saúde pública, enfermagem do trabalho e auditoria dos serviços de saúde.

3.1 Categoria 1: Contexto das práticas de cuidado do enfermeiro e a relação com a formação

Esta categoria revela que as formas de organização das práticas de cuidado do enfermeiro da APS são influenciadas pela gestão municipal de saúde e por modelos de atenção que geram aproximações e distanciamentos dos propósitos do SUS, das necessidades de saúde dos usuários e da formação profissional crítica e reflexiva.

Assim, os depoimentos dos enfermeiros do município estudado revelaram que os serviços de saúde da APS são organizados de acordo com os programas instituídos pelo

Ministério da Saúde com foco nos grupos populacionais, conforme descritos nos relatos a seguir

[...] PSF [Programa Saúde da Família] é agenda programada. Além da demanda [espontânea], a gente tem a semana típica dividida para atender os programas [...] (Ent. 15).

[...] a gente trabalha muito baseado nos programas [...] instituídos para o Programa de Saúde da Família, o planejamento familiar, o pré-natal, o CD que é crescimento e desenvolvimento [...] o hiperdia que é para atender hipertensos e diabéticos. Além disso, tem o exame preventivo [...] A gente trabalha com uma demanda programada e com uma demanda espontânea [...] qualquer pessoa que chegue [...] que, na verdade, não veio solicitar uma consulta médica, ela vem para mim [...] eu tenho uma agenda fechada, minha rotina semanal é fechada [...] (Ent. 17).

[...] eu trabalho com crescimento e desenvolvimento, eu atendo crianças de 0 a 7 anos, essas crianças são agendadas [...] (Ent. 20).

Estes depoimentos evidenciaram que na ESF é utilizado um cronograma de atividades denominado semana típica, no qual são priorizadas as ações assistenciais além dos enfermeiros realizarem o atendimento dos usuários que procuram a unidade.

Desta maneira, percebemos a implementação de um modelo de atenção pautado na oferta organizada/ações programáticas, o qual busca identificar as necessidades de saúde da população a partir da lógica epidemiológica e social que possibilita a redefinição do perfil de oferta dos serviços a serem desenvolvidos na unidade de saúde segundo grupos populacionais específicos, por meio da articulação da oferta organizada com a demanda espontânea, no intuito de racionalizar a oferta de serviços e assegurar a integralidade da atenção à saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Contudo, é possível que esse modelo de atenção apresente a fragilidade de gerar o entendimento equivocado de que o enfermeiro atua apenas nas situações que se enquadram aos programas ofertados na rotina das unidades de saúde, conforme sinalizado um dos entrevistados

[...] a gente tem uma rotina na unidade. A gente segue a semana típica que é exposta para a comunidade. A comunidade ao adentrar na unidade, ela já tem ciência dos programas que são ofertados [...] é direcionado para cada programa [...] (Ent. 16).

Este relato parece indicar que os usuários ao adentrarem a unidade de saúde estão cientes dos programas ofertadas pela equipe de saúde e que serão direcionados a um destes programas, fato que pode motivar os usuários a associarem o cuidado apenas a ações

implementadas nestes programas específicos, ocasionando uma visão reducionista sobre a amplitude do cuidado em saúde e das práticas realizadas pelo enfermeiro.

Assim, é relevante que os profissionais da equipe orientem os usuários sobre a importância de retornar às unidades de saúde sempre que apresentarem alguma situação que ocasione impactos sobre sua condição de saúde, independente da semana típica e dos usuários estarem agendados conforme cronograma.

Os relatos dos entrevistados também parecem indicar que os anseios expressos pelos usuários são direcionados ao enfermeiro que reconhecem a importância da flexibilização do cronograma para atender aos usuários que procuram a Unidade de Saúde e por isso tentam dar respostas através do atendimento à demanda espontânea ou da triagem.

[...] A gente tem a nossa agenda organizada [...] mas quem chega tem atendimento [...] porque a gente não pode ser engessado, nada pode ser engessado [...] (Ent. 6).

[...] atendimentos já são agendados e marcados, a gente faz segunda o atendimento de gestante, terça hiperdia [hipertensão e diabetes], quarta é preventivo, quinta é CD [crescimento e desenvolvimento], sexta é administrativo. A gente tem essa semana típica e fora isso tem a demanda espontânea que a gente sempre atende, faz a triagem, faz o atendimento do pessoal durante a semana toda, pessoas que não estão agendadas, chegando, a gente vendo a necessidade, a gente atende ou agenda para poder ser atendido [...] (Ent. 12).

No entanto, esta organização pode acarretar sobrecarga de trabalho ao enfermeiro com fragmentação de suas práticas de cuidado, fragilização do trabalho em equipe, e consequentemente, pouca resolutividade.

Esses aspectos ressaltam a pertinência do trabalho em equipe, proposto sobretudo pela ESF, com ênfase no compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais de saúde, o que poderá contribuir para redução da sobrecarga de trabalho e para a realização de práticas mais efetivas em decorrência do comprometimento de diferentes profissionais, principalmente se articuladas ao saber popular.

Ademais, embora ocorra o agendamento prévio de consultas aliado ao atendimento da demanda espontânea nos serviços de saúde da APS, ainda se observa a formação das tradicionais filas pelas manhãs das unidades de saúde, levando os profissionais de saúde a realizarem práticas de acolhimento que, na maioria das vezes, se limitam a uma ação de triagem a qual possui seu foco na execução de procedimentos de acordo com os recursos e condições existentes (DAVID et al., 2018).

A partir dos relatos dos entrevistados percebemos que o cotidiano do enfermeiro com uma semana de atividades preestabelecidas pode suscitar dificuldades para análise crítica de

suas práticas bem como realizar o planejamento de ações em conformidade com as necessidades de saúde dos usuários, uma vez que no município pesquisado a rotina semanal é voltada principalmente para o atendimento das pessoas agendadas.

Assim, a organização dos serviços de saúde da APS por meio de programas e/ou semana típica requer que o enfermeiro esteja atento para não restringir sua atuação a ações específicas de determinado programa, mas consiga desenvolver práticas norteadas pelas demandas e subjetividade dos usuários, pelos DSS e pelo reconhecimento do cuidado como seu eixo estruturante.

Para que isso ocorra é imprescindível melhor e estruturar as políticas de saúde para assegurar estratégias que possam reverter a lógica de ações norteadas pelos aspectos biológicos e possibilite que o enfermeiro atue de maneira condizente com as necessidades de saúde dos usuários e com a realidade local.

Entretanto, um dos participantes do estudo apontou que o enfermeiro tem realizado práticas centradas na entrega de medicamentos e relacionou a baixa adesão dos usuários aos serviços da APS à falta de estruturação destes programas

[...] os programas estão desestruturadas, a demanda [usuários] fugiu [...] mas independente de qualquer coisa, qual é a função do enfermeiro no programa? Só despachar medicação? [...] será que realmente não existe demanda? Ou o que é que tem acontecido no serviço? [...] (Ent. 26).

A APS, presente em todos os municípios brasileiros, se configura na face mais capilarizada do SUS. Porém, em alguns cenários estes serviços têm se apresentado de forma desarticulada ou fragmentada com reduzida capacidade de impacto das ações do SUS no que se refere à produção de sentidos nos atos de cuidar, tratar e acompanhar os usuários (FEUERWERKER; CAPOZOLLO, 2018; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Nessa direção, quando os serviços de saúde são centrados nos usuários, há maiores chances de se contemplar suas expectativas e de se estabelecer uma relação de confiança entre usuário e enfermeiro, contribuindo para que estes serviços se consolidem como referência para a população.

Todavia, os enfermeiros ao desenvolverem suas práticas orientadas por programas, com forte normatização e adesão aos princípios institucionais, tendem a distanciar-se dos valores humanísticos e ético-políticos, aproximando-se de uma atuação predominantemente técnica (DAVID et al., 2018).

É preciso resgatar a dimensão cuidadora das práticas de saúde, considerando que em alguns momentos os profissionais de saúde têm demonstrado pouco interesse pelo outro e,

consequentemente, a perda da compreensão de que o corpo se constitui em sede de vivências e emoções, não podendo ser limitado a um corpo biológico, objeto de ações centradas em procedimentos (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2016; CARVALHO; CECCIM, 2006).

Por conseguinte, é relevante que as práticas de cuidado do enfermeiro não enfatizem apenas os aspectos biológicos para não se distanciar do contexto social e histórico que o usuário está inserido, o que pode gerar uma distorção no sentido dessas práticas e a possível falta de reconhecimento da enfermagem como prática social pelo próprio enfermeiro.

Cabe ainda ressaltar que a gestão da saúde incide diretamente na forma como os serviços de saúde irão promover ou não condições para que o enfermeiro consiga desenvolver suas práticas de cuidado. Assim, é relevante que este profissional, desde sua formação acadêmica, reflita sobre sua inserção no mundo, na perspectiva de transcender a dimensão técnica e potencializar o exercício da enfermagem como prática social.

O estudo parece evidenciar que a organização das Unidades de Saúde interfere na maneira como as disciplinas do curso de graduação em enfermagem, sobretudo a disciplina Estágio Curricular Supervisionado (ECS), realizam atividades nas Unidades de Saúde, o que pode proporcionar embasamento para a formação do enfermeiro no que se refere a sua atuação junto a grupos populacionais, ainda que de forma restrita.

[...] as disciplinas abrangem alguns programas trabalhados, mas o que dá base maior para o conhecimento são os estágios [...] mas a formação é aquilo meio sucinto, meio restrito mesmo ao estágio [...] (Ent. 10).

[...] quanto à assistência a gente consegue correlacionar muito bem [...] a gente tem mais estágio de assistência, a gente faz um preventivo, a gente atende um planejamento familiar, a gente faz um atendimento de hiperdia [hipertensão e diabetes], de pré-natal, do jeito como manda o figurino [...] (Ent. 23).

Ressaltamos que embora a aprendizagem relacionada aos grupos populacionais seja relevante para que o discente consiga adquirir conhecimentos teórico-práticos para sua atuação profissional, também se torna importante que a formação estimule a criticidade dos discentes ao longo do curso, no que se refere à organização destes serviços bem como às questões sociais e políticas presentes nestes cenários.

Por sua vez, um dos entrevistados apontou que ocorre a escassez de usuários em algumas Unidades de Saúde do município pesquisado

[...] hoje a gente não tem muito aluno aqui porque a demanda [usuário] sumiu, se não temos nada para oferecer? Há uma evasão de demanda, você vê [nome da enfermeira] está no planejamento familiar, não tem ninguém, eu atendia 30! [...] não

existe mais palestra, não existe muita coisa, então [...] eles (estudantes) não têm uma demanda para acompanhar estágios [...] (Ent. 26).

Este depoimento nos causa estranhamento em virtude de não ser comum os serviços de saúde do SUS estarem com um número reduzido de usuários, o que nos leva a inferir que há a necessidade de realizar uma avaliação por parte da gestão da APS e dos profissionais de saúde junto aos usuários para compreender os motivos que têm ocasionado essa evasão. Este fato pode revelar a fragilidade de vínculo com a população e a falta de resolutividade das necessidades de saúde dos usuários, o que pode gerar a procura por outros serviços de saúde, a exemplo das unidades de pronto-atendimento.

Nessa direção, é preciso que a organização dos serviços de saúde da APS seja centrada no usuário para propiciar o fortalecimento destes serviços a partir da realização de práticas norteadas pelas diferentes realidades sociais e de saúde da população.

Além disso, os serviços de saúde necessitam estar organizados para garantir condições adequadas ao processo de formação do enfermeiro, tendo em vista que se configuram em espaços que possibilitam o desenvolvimento de atividades no contexto do SUS. A falta de usuários poderá acarretar prejuízos na aprendizagem dos enfermeiros em formação.

Ressaltamos que, em 2001, as DCN/ENF instituíram o ECS para ser implementado no último ano da graduação com a finalidade de proporcionar que o discente pudesse vivenciar a articulação entre a teoria e a prática com a aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes, estreitando a relação da academia com os serviços de saúde em um processo participativo de interlocução entre o ensinar e o aprender nas instituições de saúde e comunidade (BRASIL, 2001a; MARRAN; LIMA; BAGNATO, 2015; ESTEVES et al., 2018).

Assim, o ECS é uma disciplina que possui o potencial de inserir o discente de forma mais aproximada nos serviços de saúde com a finalidade de contribuir para o aprimoramento de suas habilidades e conhecimentos teóricos bem como o fortalecimento da construção de um perfil crítico e reflexivo.

No entanto, a agenda mais comum nos últimos anos das graduações da área de saúde tem sido a inserção dos discentes nas ações programáticas e nos grupos populacionais prioritários como uma estratégia para nortear sua prática clínica (FEUERWERKER; CAPOZOLLO, 2013).

Um dos desafios da formação dos profissionais de saúde é orientá-la pelas necessidades de saúde dos usuários e não mais por doenças e intervenções das especialidades médicas, visto que as transformações do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro requerem formar profissionais que contemplem as expectativas da sociedade contemporânea

decorrentes da dificuldade de um acompanhamento efetivo das doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas, a exemplo da dengue, hanseníase, hipertensão, obesidade, entre outras e, ao mesmo tempo, conseguir dar respostas às diferentes consequências de fenômenos como a violência, envelhecimento, ritmos de trabalho, entre outros (CECCIM; CARVALHO, 2011).

Dado o exposto, há a exigência de um sistema de gestão comprometido com a transformação das práticas profissionais com base na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e na corresponsabilidade existente entre a gestão do sistema de saúde e as IES no processo de aprender e de cuidar, com participação ativa dos discentes e usuários, para assegurar que o ensino e o cuidado em saúde sejam usuários-centrados (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; CECCIM; CARVALHO, 2011).

Nesse sentido, a formação do enfermeiro possui relevância para reorganizar as práticas de saúde e de ensino, sendo imprescindível que essa responsabilidade seja compartilhada com todas as instâncias envolvidas direta ou indiretamente na produção do cuidado em saúde, o que requer uma compreensão mais ampliada dos aspectos sociais, subjetivos e relacionais que interferem e interagem tanto na formação quanto na atenção à saúde.

Dessa maneira, foi destacado pelos participantes do estudo que a atuação do enfermeiro nos programas das unidades de saúde tem gerado maior proximidade com os usuários que são acompanhados nesses programas, levado à fragilização de vínculo entre enfermeiros e usuários

[...] as pessoas que estão mais próximas de mim são aquelas pessoas que estão em algum programa [...] a gente não consegue atender todo mundo porque nem todo mundo está nos programas que eu atendo [...] então não tem como eu te dizer que eu tenho essa visibilidade de toda minha população porque na verdade não é toda minha população quem faz o uso do consultório de enfermagem [...] (Ent. 17).

[...] deixa de lado, o Crescimento e Desenvolvimento [...] e a gente passa a fazer o Bolsa Família, larga de atender o hiperdia aconselhando a dieta e sim aferindo a pressão e a glicemia e pedindo para encaminhar para um médico, eu acho que os programas acabam sendo bastante obsoletos [...] uma coisa mais fragilizada, onde o vínculo vem diminuindo [...] (Ent. 19).

Estes relatos parecem indicar que a organização destas Unidades de Saúde não tem contribuído para fortalecer a aproximação entre os usuários e o enfermeiro, o que pode ocasionar dificuldades no planejamento de ações condizentes com a realidade da população além de favorecer a realização de práticas com ênfase em procedimentos e nos aspectos biológicos.

O vínculo estabelecido com os usuários se configura em um dos fatores mais importantes da assistência de enfermagem por favorecer o diálogo com o usuário e contribuir com o reconhecimento e valorização da competência do enfermeiro (SANTOS et al., 2017; CAÇADOR et al., 2015).

Tais circunstâncias sinalizam que o cenário do estudo tem se apresentado desfavorável para o enfermeiro expressar o potencial de suas práticas necessitando ser estruturado com ênfase nos usuários, considerando que não se pode dissociar o cuidado em saúde e os aspectos relacionais e subjetivos presentes na relação profissional-usuário.

Ademais, a reorganização destes serviços também poderá trazer benefícios para a formação do enfermeiro. É relevante que durante as atividades realizadas nas unidades de saúde os discentes possam vivenciar um cotidiano no qual ocorra a participação ativa dos usuários no planejamento das ações de saúde.

Por outro lado, outros participantes do estudo apontaram que desenvolvem práticas permeadas pelo vínculo, confiança e escuta

[...] você precisa fazer várias mensurações, são várias tarefas, mas o que eu procuro me focar mais é na questão da relação interpessoal [...] para poder desenvolver esse primeiro vínculo e a partir daí a gente vai estabelecer um laço de confiança e a partir dessa confiança a gente desenvolve as nossas práticas [...] não era apenas tratar uma doença física, alguma questão biológica, mas estabelecer uma interação com eles [...] é o vínculo que é desenvolvido com o paciente [...] (Ent. 9).

[...] a gente procura ouvir primeiro, essa escuta mais qualificada, essa escuta mais atenta porque se eu não conheço ele [usuário], eu preciso realmente... aquele momento é que eu vou estar conhecendo aquela pessoa, então é realmente tentar ouvir qual é a demanda, o que é que ele veio procurar no serviço [...] (Ent. 17).

[...] o bom é a relação porque como a gente cria uma relação muito próxima [...] elas [usuárias] confiam muito, a gente gera uma confiança, elas acreditam na minha parte profissional [...] eu sinto que elas têm confiança e segurança na profissional que eu tento ser todos os dias [...] (Ent. 24).

A experiência hermenêutica busca o ouvir sem extraviar-se. A abertura para escutar o outro implica em permitir que algo contrário ou desconhecido para quem se dispôs a ouvir, tenha significado e impulse compreensão entre os envolvidos, sem submissão ao ponto de vista do outro e com respeito a abertura concedida por aquele que se dispôs a falar de si (GADAMER, 1997).

Assim, o verdadeiro vínculo humano pressupõe “experimentar o tu realmente como um tu”, a partir da mútua abertura de deixar-se falar algo pelo outro e de “poder-ouvir-se-uns-aos-outros” (GADAMER, 1997, p. 532).

Nessa direção, os participantes do estudo destacaram a importância de ouvir a história de vida dos usuários como forma propulsora de estabelecimento de vínculo, segurança e confiança entre enfermeiro e usuário. Tal ação, ao lado do tempo disponibilizado ao usuário, colabora para um bom relacionamento entre os atores sociais e ultrapassa os aspectos biológicos e técnicos que envolvem o cuidado de enfermagem.

Embora a realização de procedimentos e aplicação de protocolos estejam relacionados à prática de cuidado do enfermeiro, é preciso norteá-los pela centralidade do usuário e pela construção de vínculo, de maneira a utilizar sua competência técnica sem comprometer seu potencial de cuidar (SANTOS, F. et al., 2016).

Contudo, ainda persiste, por parte de alguns profissionais, a ênfase em práticas destituídas de envolvimento entre enfermeiro e usuários, conforme relatado por um dos entrevistados

[...] Um dia eu ouvi uma colega [enfermeira] falar que trabalhar em PSF [Programa Saúde da Família] não precisava ter vínculo não [...] eu falei “ó você está meio enganada [...] pelo contrário [...] você conhece todo mundo de perto, sabe tudo de perto” [...] (Ent. 10).

Ressaltamos que o estabelecimento de vínculo também possibilita compreender a situação de saúde dos usuários. A partir de um relacionamento interpessoal permeado pelo diálogo poder-se-á proporcionar ao enfermeiro condições para a realização de práticas de cuidado mais efetivas frente às situações que interferem na saúde dos usuários.

O enfermeiro que atua na ESF tem a oportunidade de desenvolver ações individuais e coletivas por meio de sua capacidade técnica, da construção de vínculo e da identificação das necessidades e demandas de saúde dos usuários (CAÇADOR et al., 2015).

Dessa forma, a ESF favorece a proximidade dos atores envolvidos no processo de cuidar, possibilitando que os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, possam elaborar e implementar ações de saúde baseadas nos diferentes saberes interprofissionais e dos saberes provenientes da comunidade.

Tais perspectivas cooperam para maior envolvimento, autonomia e corresponsabilidade entre usuários e enfermeiros no cuidado à saúde, podendo também, subsidiar estratégias que propiciem uma formação que consubstancie a atuação de futuros profissionais comprometidos com o cuidar da pessoa na sua singularidade.

Nesse direcionamento, foi revelado por alguns participantes do estudo que durante sua formação houve o estímulo à aprendizagem dos aspectos subjetivos do cuidado de enfermagem

[...] a gente criou vínculo com aquela comunidade, onde a gente aprendeu, onde a gente ouviu, escutou e que [...] foi tudo para mim [...] (Ent. 7).

[...] eles [professores] me ajudaram a entender que cuidar está além daquilo que é biológico, cuidar está como uma atitude [...] de preocupação [...] de poder atender as necessidades básicas das pessoas, uma atitude também ética que envolve também compromisso e responsabilidade [...] saber que ele [usuário] tem uma família, saber que ele tem uma história e que eu precisava interagir com todos esses fatores para poder cuidar melhor [...] (Ent. 9).

[...] eu agradeço muito a formação que eu tive e que assim a resposta do meu trabalho hoje foi graças a minha formação [...] a gente tenta atender essa expectativa porque o cliente quando ele chega em um consultório que ele vai procurar aquele serviço, ele quer ser ouvido [...] ser tocado [...] ser examinado [...] além do que isso é nosso compromisso [...] é o nosso dever [...] (Ent. 13).

[...] criei um vínculo muito grande com a comunidade e foi a faculdade que me deu essa bagagem [...] (Ent. 27).

A formação profissional possui papel preponderante para impulsionar que futuros enfermeiros possam reconhecer a importância do cuidar na perspectiva do vínculo, da escuta sensível, da ética e da responsabilidade com o usuário inserido no contexto familiar e comunitário, com o propósito de suscitar práticas que sejam comprometidas com a dignidade e historicidade do ser humano.

Ademais, a formação também pode fomentar o resgate do cuidado como elemento estruturante para a enfermagem, no intuito de que as práticas de cuidado do enfermeiro reafirmem a amplitude do seu potencial tanto para o cuidado integral dos usuários como para a ressignificação de suas práticas.

O verdadeiro significado do ser enfermeiro está inter-relacionado com a capacidade de desempenhar o cuidado com amor e atenção, que se estende para além das alterações físicas, emocionais e ao que lhe é falado explicitamente, o que requer uma atitude acurada de observação deste profissional para que consiga transmitir confiança aos usuários (SALVIANO et al., 2016).

Para a hermenêutica filosófica, a capacidade de perceber nas entrelinhas o que não foi expresso de forma clara e precisa parte da premissa de que há muito do não dito naquilo que é transmitido pela linguagem, pois o falar humano é finito frente à infinitude de sentidos que está na subjetividade das pessoas e este não dito apresenta significações que precisam ser avaliadas e interpretadas (GADAMER, 1997).

Nesse contexto, o enfermeiro, desde o período de sua graduação, deve ser instigado a valorizar as questões implícitas nos momentos que estão com os usuários para que possam identificar suas necessidades de saúde, ainda que não sejam verbalizadas, e, dessa forma, realizar práticas resolutivas.

A formação profissional possui a responsabilidade social de incentivar transformações das práticas fragmentadas, em razão do trabalho em saúde envolver processos de subjetivação que ultrapassem técnicas e procedimentos, para a dimensão da escuta, acolhimento e autonomia do usuário (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Nessa direção, alguns depoimentos dos participantes do estudo apontaram que os enfermeiros da APS têm enfatizado o acolhimento dos usuários em suas práticas de cuidado

[...] acolhimento [...] é o principal de uma unidade de saúde [...] saber escutar [...] eu acho que a atenção básica, o cuidado vai além ali de você cuidar da pessoa, por exemplo [...] eu vou cuidar da pressão alta ali no momento, mas a situação, quando você escuta realmente o paciente tem muita coisa por trás daquilo [...] tem algumas situações estressantes, então [...] acolher, ouvir, é saber além, ver o paciente com outros olhos, além daquela situação [...] (Ent. 3).

[...] eu já cheguei a resolver coisas aqui com um abraço, que veio com aquela coisa e eu vi que estava tudo certinho e quando dei um abraço a pessoa disse “ô meu filho você não sabe como eu precisava de um abraço desse” [...] (Ent. 16).

[...] às vezes ele [usuário] chega com uma queixa, mas no fundo ele teria uma outra queixa [...] e não aquela queixa física que talvez trouxe ele ali [...] a gente trabalha com o outro [...] cuida do outro[...] o que eu posso fazer enquanto profissional, enquanto uma agente de mudança ou ser humano [...] eu me coloco no lugar do outro [...] não fazer o que eu posso, mas fazer o meu melhor [...] (Ent. 26).

A expectativa de ser cuidado leva o usuário a procurar profissionais que se interessem por ajudá-lo a minimizar seu sofrimento e que tenham disposição para construir relações de confiança que interfiram de forma efetiva nos encontros que acontecem nas unidades de saúde, podendo proporcionar benefícios à sua saúde (FEUERWERKER; CAPOZOLLO, 2013).

O acolhimento possui o potencial de viabilizar que as práticas realizadas na APS promovam a construção de uma responsabilização do cuidado entre profissionais de saúde e comunidade bem como o fortalecimento de vínculo entre os mesmos, possibilitando maior resolubilidade das situações apresentadas pelos usuários no cotidiano dos serviços de saúde (CAÇADOR et al., 2015; SILVA; ROMANO, 2015).

No estudo, os enfermeiros denotaram que consideraram importante o acolhimento dos profissionais de saúde e evidenciaram uma postura acolhedora que favoreceu a percepção das questões subjetivas apresentadas pelos usuários.

Assim, estes profissionais utilizaram a escuta, o diálogo, o abraço e o envolvimento com as demandas trazidas pelos usuários para direcionar um olhar mais abrangente para além das repercussões biológicas e subjetivas desencadeadas pelo contexto social, o que poderá contribuir para a satisfação aos usuários.

O diálogo propicia a escuta e torna possível o estabelecimento de uma relação compreensiva entre o ser cuidado e o cuidador tornando-os mais humanos para compartilharem os significados provenientes de um encontro mediado pelo compromisso do cuidar do outro (RAMÍREZ-PEREZ; CARDENAS-JIMENEZ; RODRIGUEZ-JIMENEZ, 2015).

O homem compreensivo deixa-se afetar por aquilo que o outro manifesta sem julgar o fato apenas por sua aparência, mas procura pensar juntamente com o outro numa pertença específica que passa a uni-los (GADAMER, 1997).

Para o enfermeiro implementar práticas de cuidado mais resolutivas é preciso compreender os motivos que estimulam os usuários a procurarem as unidades de saúde, identificando as nuances que interferem em sua condição de saúde e, a partir do diálogo com eles, encontrar formas adequadas para cada situação.

Entretanto, os entrevistados relataram algumas dificuldades para efetivar um cuidado centrado nos usuários, conforme apresentado nas falas abaixo

[...] a equipe de PSF [Programa Saúde da Família] perdeu muito o valor hoje, o pessoal não se preocupa mais com humanização [...] eu queria muito ter uma equipe que soubesse acolher a comunidade [...] mas é complicado [...] nem todo mundo que está aqui, tem um perfil para PSF [...] (Ent. 11).

[...] a gente está um pouco sobrecarregado [...] eu não posso hoje ter um tempo de conversar com ele [usuário] [...] a gente resgata isso às vezes [...] eu tento buscar isso quando possível [...] dentro da atividade do dia a dia, é como eu falei eu não consegui perder o lado humanizado [...] eu não quero quebrar meu lado humanizado, eu não quero ter essa distância do que eu aprendi na faculdade [...] (Ent. 19).

Estes depoimentos sinalizam que alguns profissionais que compõem a equipe da ESF parecem não enfatizar o acolhimento no cotidiano de suas práticas, o que pode estar relacionado a ausência de perfil profissional para atuar nesta estratégia. Também revelam que a sobrecarga de trabalho do enfermeiro tem ocasionado dificuldades para a realização de práticas permeadas pelo cuidado humanizado, não oportunizando que este profissional estabeleça diálogo com os usuários e consiga efetivar o aprendizado proveniente da sua graduação.

Tais circunstâncias nos levam a pensar na gestão da saúde do município pesquisado no que se refere aos critérios utilizados para a escolha dos profissionais que deverão compor estas equipes, às prioridades das ações a serem implementadas pelos profissionais e a forma como a gestão realiza o acompanhamento dessas ações, considerando que o interesse pela

situação de saúde dos usuários deveria ser condição *sine qua non* para as práticas desenvolvidas pelos profissionais da equipe da ESF.

Também revela a necessidade de proporcionar condições de trabalho adequadas aos enfermeiros que atuam na APS, considerando que a sobrecarga de trabalho vivenciada por estes profissionais pode gerar impactos negativos na qualidade de suas práticas e na sua capacidade de contribuir com a formação de futuros enfermeiros.

Ademais, a sobrecarga de trabalho parece evidenciar uma organização de trabalho em conformidade com o neoliberalismo¹⁷, o qual estabelece a lógica da produtividade, elevação do ritmo de trabalho e alcance de metas, gerando desgaste e sofrimento ao trabalhador bem como o esvaziamento da subjetividade inerente ao cuidado à vida humana.

As práticas de saúde realizadas numa lógica tecnicista e mecanicista parecem estar relacionadas à forma de organização do cuidado produzido pelas equipes de saúde, o que compromete as interações no âmbito da saúde, desqualifica as relações entre os sujeitos e não propicia a defesa do restabelecimento da dignidade humana (SATO; AYRES, 2015).

Entretanto, uma pesquisa realizada com usuários dos Distritos de Saúde de Ribeirão Preto indicou que há a necessidade de proporcionar condições favoráveis para que o profissional de saúde desenvolva ações humanizadas com escuta qualificada e diálogo com as pessoas de modo a potencializar a interação entre usuários e serviços de saúde além de repercutir na satisfação dos usuários com o cuidado produzido pelos profissionais da APS (GOMIDE et al., 2018).

Outro estudo realizado com os profissionais de saúde evidenciou ainda que a forma como a política da ESF, implementada em 2011, por vezes, parece enquadrar e engessar as práticas de saúde, dificultando a ampliação e fortalecimento da rede de subjetividade que precisa estar presente no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2011; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Além disso, a PNAB 2017 (BRASIL, 2017) propicia a flexibilidade na composição e organização das unidades de saúde da APS, principalmente nas equipes de Saúde da Família, o que pode gerar precárias condições de trabalho aos profissionais de saúde e obstáculos ao processo de formação do enfermeiro.

¹⁷ O neoliberalismo não se restringe a uma filosofia econômica, pois se configura em um modo de viver social que interfere nos valores culturais e psicoemocionais com potencial para transformar a vida na sociedade e as relações de trabalho (SOUZA et al., 2017).

Assim, é preciso efetivar uma APS que seja direcionada pelos valores éticos que devem preceder e orientar as políticas de saúde, de modo a contribuir para o cuidado à saúde e a melhoria da qualidade de vida da população (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Nessa direção, alguns entrevistados afirmaram que a gestão da saúde municipal tem desestimulado os enfermeiros em decorrência da ausência de diálogo para se conhecer a realidade das unidades de saúde e da baixa resolutividade das ações executadas na APS

[...] falta de comunicação entre Secretaria [municipal de saúde] e Unidade [...] não existe uma comunicação efetiva de jeito nenhum [...] (Ent. 1).

[...] a gestão tem que ouvir mais o lado de quem está à frente da comunidade, quem está mesmo a par dos problemas da unidade [...] mas nem sempre a gente é ouvido [...] a gestão, ela também tem que colaborar [...] e deixa a gente um pouco com as mãos atadas [...] a gente que ouve o paciente [...] vai na família e escuta as necessidades [...] as coisas vêm de forma vertical [...] a gente tenta fazer o melhor, mas nem sempre depende da gente [...] (Ent. 19).

[...] a gente tenta atuar de uma forma que foi direcionada com a graduação e até com tudo que a gente fez até aqui [...] mas se a gente não tem o que oferecer? A gente fica de pé e mãos atadas, porque não depende só da assistência em si, a gente acolhe [...] orienta [...] encaminha, mas o que a atenção básica tinha que oferecer [...] não oferece, e às vezes o tempo que conta para agravar a saúde da pessoa aí vai deixar de ser básica já para ser um nível secundário, terciário e por aí vai [...] é o próprio investimento, a questão de gestão e isso faz com que os profissionais estejam desestimulados [...] eu não sei, eu me sinto inútil [...] (Ent. 26).

A rede de subjetividade das práticas de saúde é constituída pela constante valorização do diálogo com a comunidade e pelos encontros de negociação, pactos e mediação de conflitos que ocorrem por meio da disponibilidade do profissional de saúde ao outro através do afeto e da profundidade do vínculo existente entre eles (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

O cenário apresentado por esses entrevistados aponta que a falta de interação com o gestor municipal não tem possibilitado o diálogo, podendo comprometer a potencialidade das ações da APS tendo em vista que nem sempre essas ações irão corresponder às demandas trazidas pelos usuários, fato que os leva a procurar os serviços de saúde de outros níveis de complexidade.

Outrossim, a falta de inserção do enfermeiro nas decisões deliberadas pela gestão municipal gera um obstáculo a autonomia deste profissional, que poderia contribuir significativamente para direcionamentos condizentes com a realidade da população e, infelizmente, nesse contexto, parece ficar limitado a cumprir ações predeterminadas. Esta situação incide fortemente sobre o enfermeiro que tenta exercer sua profissão mediante conhecimento que foi construído durante sua graduação e na sua trajetória profissional, mas

ao não conseguir êxito sente-se como um profissional que não possui relevância para o sistema de saúde.

Coadunando com estes achados, um estudo realizado com profissionais de saúde da APS de um município do Rio Grande do Sul apontou que estes profissionais apresentaram sofrimento em virtude das precárias condições de trabalho, gerando a necessidade de elaboração de mecanismos para o enfrentamento de situações conflituosas e frustrações ocasionadas pela baixa resolutividade de suas ações (MAISSIAT et al., 2015).

Com efeito, o enfermeiro precisa articular-se com os órgãos de sua categoria profissional, instituições formadoras e com a gestão da APS para elaborar estratégias que possam impulsionar melhorias nas condições de trabalho e valorização profissional, pois o enfermeiro possui extrema relevância para a consolidação da ESF e outras políticas ministeriais implementadas na APS.

No entanto, o cenário apresentado pelos entrevistados também pode representar obstáculo à formação propulsora de criticidade, uma vez que se constitui em ambiente de realização de atividades para a graduação em enfermagem e não parece oportunizar que os discentes vivenciem a atuação do enfermeiro com autonomia e resolutividade frente às necessidades de saúde dos usuários.

Para reversão desse contexto desfavorável, torna-se salutar a articulação entre o cuidado em saúde, a gestão, a formação e a participação dos usuários como elemento substancial para o fortalecimento de relações democráticas nos serviços de saúde, na sociedade e na formação ética dos profissionais, possibilitando que sejam criadas alianças e laços vigorosos capazes de avançar na qualidade da atenção à saúde e na autonomia profissional (FERLA, 2017; CECCIM, MERHY, 2009).

Vale ressaltar que essa articulação tende a colaborar para que o enfermeiro reafirme sua capacidade de atuar a partir dos diversos saberes adquiridos na formação e no seu cotidiano profissional, na perspectiva de resolução de conflitos, identificação da realidade vivenciada pelos usuários, valorização da enfermagem como profissão relevante para o fortalecimento da APS, além de propiciar que as unidades de saúde sejam espaços favoráveis para a formação de futuros enfermeiros.

Nesse sentido, a EPS favorece o aprofundamento teórico-prático nos serviços de saúde, a discussão sobre o trabalho em saúde e contribui para o acolhimento no contexto interprofissional, apresentando elementos que avançam para superação das abordagens tradicionais dos treinamentos ou capacitações (SALUM; PRADO, 2014; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Os enfermeiros que atuam na APS, sejam concursados ou contratados, reconhecem a importância da EPS para sua prática de cuidado nos serviços de saúde. Contudo, os relatos apontaram que apenas os enfermeiros contratados têm acesso às ações promovidas pela gestão municipal.

No estudo, os enfermeiros que são contratados sinalizam que a EPS é uma realidade em seu cotidiano profissional conforme descrito nos relatos a seguir:

[...] eles sempre procuram também estar atualizando, têm educação permanente [...] tem curso, tem orientação [...] na gestão tem esse tipo de cuidado [...] (Ent. 3).

[...] a gente está tendo mensalmente vários cursos, várias atualizações [...] (Ent. 5).

[...] educação permanente é muito válida [...] e tem promovido muitas atividades, muitas atualizações e isso é bom para o profissional [...] a gente fez também um relatório, levantou alguns temas para que a gestão tivesse promovendo esses temas e tem sido importante [...] (Ent. 7).

[...] a gente tem o núcleo de educação permanente [...] nós tivemos uma roda de conversa para todos os programas que nós atendemos [...] vira e mexe a gente está em treinamento [...] (Ent. 17).

Já os enfermeiros que são concursados afirmaram que não são inseridos no processo de EPS do município.

[...] Falta de atualização [...] não tem atualização pra gente, a gente não tem [...] (Ent. 4).

[...] é necessário realmente que possa ter mais cursos de capacitação para tentar aprimorar [...] (Ent. 9).

[...] eu não recebi nenhuma capacitação, nada de atualização [...] ele [município] não me dá subsídio nenhum [...] o serviço que eu estou desenvolvendo aqui é o que eu estudei por iniciativa própria para atender [...] (Ent. 20).

[...] capacitação, a gente não tem, se tem, eu não sei quem vai ou aonde acontece [...] eu só tive uma capacitação até hoje, a não ser não fomos convidados para nenhuma outra capacitação, isso não é rotina ver [...] se tem, talvez quem vai são outras pessoas que não estão inseridas nos programas [...] (Ent. 26).

Os depoimentos dos enfermeiros contratados evidenciaram que ocorre o diálogo com a gestão municipal por meio do núcleo de EPS que proporcionou a realização de rodas de conversa, atualização, treinamento e cursos sobre os temas que foram sinalizados por estes enfermeiros, os quais atribuem o caráter de EPS a estas ações. Em contrapartida, os enfermeiros concursados relataram a inexistência de atividades que tenham o objetivo de aprimorar seus conhecimentos.

Os depoimentos dos enfermeiros contratados parecem indicar uma visão restrita sobre a EPS limitando-a a realização de momentos de discussão a temas específicos sem a interação dos atores sociais que compõem o processo de articulação entre ensino e serviço considerando que, no processo descrito pelos enfermeiros contratados, não emerge a interlocução entre os representantes da formação em saúde, usuários, profissionais de saúde implicados no cuidado e gestão da saúde, apontando para um processo verticalizado e pontual que não representa uma iniciativa eficiente para a qualificação do trabalho e da formação em saúde, distanciando-se dos propósitos da EPS.

Por outro lado, os enfermeiros concursados, além de demonstrarem uma visão restrita do processo de EPS, se referindo a inexistência de capacitações e atualizações, também relataram um processo excludente que acontece no município pesquisado.

Além disso, o fato da gestão municipal privilegiar os enfermeiros contratados nas ações que visam aprimorar seus conhecimentos e práticas pode ocasionar comprometimento à continuidade e longitudinalidade do cuidado aos usuários, tendo em vista que a fragilidade do vínculo empregatício pode gerar rotatividade destes profissionais.

Salientamos a premente necessidade da gestão da saúde reavaliar a maneira como está realizando a EPS no cenário do estudo no que diz respeito à efetivação do envolvimento dos segmentos que estão implicados no processo do cuidado e da formação em saúde bem como repensar a EPS sem distinção no que se refere ao vínculo trabalhista do enfermeiro. Ou seja, fatores que interferem na prática do enfermeiro estão relacionados tanto às instâncias de gestão quando aos contextos de formação profissional que valorizam o tecnicismo em detrimento do cuidado.

Para que isso ocorra, também se faz necessário que as IES e os enfermeiros que atuam na APS busquem maior articulação para que sejam criados espaços de diálogo e discussão com a gestão municipal com a finalidade de elaborar estratégias que possam suscitar mudanças nesse cenário.

As demandas para a EPS não se definem por uma lista de atualização com temas específicos escolhidos individualmente ou a partir de orientações da gestão, mas baseiam-se principalmente pela organização do trabalho tendo em vista a produção do cuidado com qualidade, permeado pela integralidade e humanização para se conduzir ações, serviços e sistemas propulsores de mudanças na prática concreta dos profissionais que atuam na APS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

O processo de formação profissional, no contexto da EPS, possui uma conotação ampla e continuada, que não se limita à discussão e estudo de temas específicos, mas pretende

superar ações verticalizadas, alicerçadas na realidade vivenciada nas unidades de saúde com a finalidade de encontrar formas adequadas e efetivas de se pensar e fazer saúde e formação num movimento que valoriza todos os envolvidos neste processo.

A lógica da EPS é descentralizadora e busca a democratização institucional e o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem com a intenção de promover o enfrentamento criativo das situações de saúde e, conseqüentemente, a melhoria permanente na qualidade do cuidado à saúde mediante práticas éticas, críticas e humanizadas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Nessa direção, a EPS mobiliza e fortalece as práticas de ensino e de atenção em consonância com as diretrizes do SUS, através da convocação da IES para dentro dos serviços de saúde e do comprometimento dos profissionais da rede, no intuito de proporcionar a interseção ensino-trabalho que opere no mundo do ensino e do trabalho/serviço suscitando uma gradativa mudança nos modelos de atenção e formação de modo a contribuir para que o futuro profissional de saúde realize suas práticas com base de reflexões e atitudes autônomas norteadas pelos princípios do SUS (VENDRUSCOLO et al., 2018; CECCIM; FERLA, 2011).

A EPS pressupõe a interação entre as várias esferas de gestão do sistema de saúde, as instituições formadoras, atenção à saúde e controle social para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, com o propósito de recriar a própria prática de acordo com o que é informado pelo cotidiano dos serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Entretanto, essa mudança repercutirá na formação e na atenção somente se houver o comprometimento das instâncias do ensino, controle social, serviço e gestão da saúde, tanto na esfera formal como no compromisso pessoal de cada um dos atores que compõe essas entidades. O modo de ser de cada profissional em relação ao usuário perpassa pelos valores de solidariedade, empatia e amor ao próximo (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; FRANCO; MERHY, 2012; FRANCO; MERHY, 2013).

Convém ressaltar que o compromisso firmado apenas no aspecto formal dessas entidades não possibilitará as mudanças necessárias, sendo primordial a responsabilização de todos os envolvidos para se efetivar as mudanças pertinentes no campo da saúde e da formação.

As transformações na formação e gestão do trabalho em saúde requer mudanças nas relações, nos processos, nas práticas de saúde e, sobretudo, nas pessoas. Não se trata de se restringir às questões técnicas do cuidado em saúde, mas articular ações dentro e fora das

instituições de saúde para ampliar a qualidade da gestão, maior proximidade da atenção integral e fortalecimento do controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

No estudo, alguns entrevistados também revelaram a existência de obstáculos no que se refere ao controle social:

[...] fizemos a votação, quando foi fazer a nova reunião com o conselho local que já tinha sido escolhido, não apareceu ninguém [...] nós temos que fazer o nosso conselho local [...] nós não temos nenhum representante da comunidade aqui [unidade de saúde] [...] (Ent. 6).

[...] para montar um conselho local [...] para ter a comunidade participando “ah não, vou não! Porque a gente fala, a gente briga e nada melhora” [...] (Ent. 7).

[...] para fazer esse conselho local acontecer [...] a gente chamou, falou com os agentes comunitários, marcou com o pessoal para fazer essa reunião para ter a tomada de posse, mas [...] muitos não vieram [...] (Ent. 16).

As falas destes entrevistados apontam para a dificuldade de se efetivar a participação social nas unidades de saúde por meio do Conselho Local de Saúde¹⁸ (CLS). Além disso, evidenciaram que os usuários não estão se mobilizando para efetivar essa participação em virtude de terem reivindicado por melhorias no setor saúde e não terem obtido êxito.

Uma pesquisa realizada com conselheiros de um CLS de um município de Santa Catarina apontou que o CLS não deve ser concebido como espaço burocrático e sim como uma estratégia para assegurar o controle social, sendo um dos alicerces para o fortalecimento da APS. Contudo, as frustrações provenientes da falta de resolutividade têm gerado descrédito da população em relação ao CLS (BUSANA et al., 2015).

É indispensável que as reivindicações e sugestões dos membros do CLS sejam um reflexo dos anseios da comunidade e que o seu diálogo com os profissionais de saúde e a gestão proporcione a elaboração de mecanismos que possam vislumbrar resoluções das situações sinalizadas, podendo repercutir no estímulo à participação popular e na qualidade da atenção à saúde.

Um estudo realizado com conselheiros municipais de saúde na região sul do Brasil identificou que a capacidade de mobilização dos sujeitos está relacionada à sua participação ativa e ao seu empoderamento. Ambos são imprescindíveis para o exercício efetivo do

¹⁸ Embora o CLS não esteja previsto na Lei 8.142/90, configura-se em um espaço menos formal e menos burocratizado de manifestação das necessidades e demandas de saúde da comunidade legitimando democraticamente a participação popular junto às unidades de saúde da APS sendo ideal para que o controle social ocorra em outros ambientes que não sejam as três esferas de governo (BUSANA et al., 2015; SOUZA; KRÜGER, 2010).

controle social. Os meios e os instrumentos para promover esse empoderamento perpassam pela adequada convocação e pelo diálogo com as instâncias do SUS de forma contínua para que se possa fortalecer e ampliar o conhecimento sobre o controle social (GOMES et al., 2018).

O estudo apontou ainda que a melhor maneira de qualificar o exercício do controle social é viabilizar espaços de educação permanente e o acesso contínuo às informações que possam auxiliar o desenvolvimento de ações que levem o usuário a cumprir o direito à saúde (GOMES et al., 2018).

Outro achado da literatura indicou que a EPS coopera para o incremento da ação do sujeito social instrumentalizando-o para elaborar intervenções pautadas no cotidiano dos serviços e da comunidade utilizando-se de processos formais e informais das vivências e experiências dos usuários (MONTEIRO; MORAES, 2017).

Portanto, a superação da falta de participação dos usuários no controle social requer o comprometimento dos profissionais de saúde, da gestão municipal e IES que articulados com os usuários poderão fomentar discussões que contribuam para estreitar o vínculo e a mútua responsabilização com a saúde da população, elaborando coletiva e democraticamente ações condizentes à sua realidade.

Porém, no estudo, apenas um dos entrevistados revelou a existência do CLS em uma unidade de saúde da APS.

[...] nós temos o Conselho Local e nós nos reunimos [...] é data fixa, a gente já tem o calendário e [...] nessa reunião vem o coordenador [...] vem também o membro que representa a comunidade, tem o membro da gestão [...] ele [coordenador] vai trazendo as queixas, as dúvidas [...] porque tem que ter essa parceria [...] o Conselho Local ajuda muito a gente aqui, muito mesmo [...] o Conselho Local é quem faz as cobranças perante o Conselho Municipal [de Saúde] [...] (Ent. 2)

Este depoimento sinaliza que o CLS tem sido um espaço de discussão entre usuários, profissionais de saúde e gestor, no qual os representantes da comunidade podem manifestar suas queixas e dúvidas bem como reivindicar melhorias para a unidade de saúde, estabelecendo uma importante parceria com a unidade de saúde.

Logo, a participação dos usuários por intermédio do CLS também representa uma valiosa oportunidade para que a gestão da saúde possa planejar e implementar ações de acordo com as necessidades de saúde dos usuários. Os usuários devem participar do processo de decisões deliberadas pelo setor saúde.

Para que se consolide a participação da sociedade no exercício do controle social do SUS é pertinente que ocorra seu envolvimento nos assuntos públicos da saúde por meio de críticas e propostas que se traduzam em possibilidades de melhores condições de vida, em razão de o controle social estar intimamente relacionado com os interesses e demandas de saúde que mobilizam as pessoas a participar e construir um sentido pessoal e coletivo para o exercício da cidadania (LIMA; LIMA, 2017; BUSANA et al., 2015).

Os usuários ao visualizarem que sua participação tem potencial de suscitar resoluções para sua situação de saúde tendem a se sentir incentivados a continuar exercendo seu papel social junto ao setor saúde e a se envolverem cada vez mais nas questões inerentes à sua saúde.

Uma pesquisa realizada com profissionais de saúde que atuam na ESF do Rio de Janeiro revelou que a realização de ações educativas pode contribuir com o fortalecimento da autonomia dos usuários, sobretudo na perspectiva da EPS. A organização comunitária é essencial para a construção de mecanismos que impulsionem o exercício da cidadania do indivíduo ou grupo a partir de diferentes saberes que permeiam a saúde e os atores envolvidos no processo de participação social (SILVA; TAVARES, 2016).

Nessa direção, um dos enfermeiros revelou que sua formação subsidiou a compreensão sobre a importância de se fomentar o exercício do controle social

[...] foi algo que foi despertado desde a época da Universidade através do controle social [...] a gente tem que levar a comunidade a reconhecer os problemas e saber que ela tem força para poder lutar contra esses problemas [...] quando a gente começou os estágios, a gente foi se aproximando mais do usuário, foi vendo a realidade dele e [...] foi percebendo que poderia intervir naquela realidade [...] (Ent. 22)

A fala deste entrevistado demonstrou que, no período da sua graduação, foi possível perceber que o enfermeiro tem papel relevante para mobilizar os usuários a efetivarem sua capacidade de transformação social. O estágio lhe proporcionou maior aproximação com os usuários, favorecendo o entendimento da importância de realizar intervenções juntamente com a comunidade fundamentada em sua realidade concreta.

Entretanto, o enfermeiro pode se deparar com situações que podem dificultar a mobilização dos usuários e comunidade, sobretudo se seu vínculo empregatício for na modalidade de contratação mediante indicação política, fato que pode gerar receio deste profissional ser alvo de represália e/ou perda de seu vínculo empregatício.

Um estudo realizado em Angola ressaltou a importância de o enfermeiro estimular o usuário a ir além do reconhecimento do direito a ter resposta às suas necessidades de saúde, mas também entender a sua responsabilidade em participar ativamente para a construção desta resposta, pois a legitimação da cidadania perpassa pelo entendimento da relevância de cada indivíduo na construção e execução de intervenções sociais (TAVARES; PINHEIRO; JOSÉ, 2018).

Ademais, a interação com os usuários proporciona que o discente, na condição de futuro profissional, busque atuar como sujeito ativo e corresponsável por sua aprendizagem e crescimento humano, de modo que os diferentes contextos contribuam para a reestruturação de sua formação. Sua inserção na realidade vivenciada pelos usuários se configura em momento singular para a compreensão de si e do mundo possibilitando a apropriação dessa realidade para suscitar a reflexão sobre ela e, dessa forma, motivar a elaboração de estratégias de ação (TAVARES; PINHEIRO; JOSÉ, 2018; WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016).

Considerando que a participação da comunidade é primordial para o funcionamento efetivo do SUS, as instituições formadoras das profissões de saúde e os serviços de saúde possuem a missão de produzir significados e práticas com orientação social a partir da sistematização, análise e interpretação permanente da realidade e das organizações de saúde e de ensino com participação ativa dos usuários, gestores, docentes, discentes e profissionais de saúde (OLIVEIRA; LIMA, 2016; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Dado o exposto, as práticas de cuidado do enfermeiro devem ocorrer numa visão ampliada sobre a relevância da participação dos usuários, articulada com as demais instâncias que perpassam pelo setor saúde, para se alcançar mudanças significativas que possam oportunizar a contínua aprendizagem a estes atores sociais e, principalmente, proporcionarem melhores condições de vida e saúde à população.

3.2 Categoria 2: Aspectos da formação profissional que influenciam a prática do enfermeiro

Esta categoria apresenta os fatos que ocorreram na trajetória da formação profissional dos participantes do estudo, destacando as vivências que contribuíram e as que dificultaram o processo de articulação teoria-prática bem como revela as repercussões da formação para o desenvolvimento de suas práticas de cuidado na APS.

3.2.1 Subcategoria 1: Processos que contribuem para a articulação teoria-prática

Nesta subcategoria discutimos as experiências que colaboraram para a formação do enfermeiro numa perspectiva crítica e reflexiva. Tais experiências foram potencializadas em virtude de não terem sido realizadas apenas no ambiente acadêmico, mas também ocorreram nos serviços de saúde e na comunidade.

Acreditamos que a formação do enfermeiro perpassa pela aprendizagem teórica, proveniente da academia, e sua aplicabilidade nos diversos cenários dos serviços de saúde. É importante que a formação deste profissional seja direcionada pela indissociabilidade existente entre teoria e prática, uma vez que uma sustenta e justifica a outra, tendo potencial para suscitar que o enfermeiro desenvolva práticas de cuidado condizentes com o contexto da APS.

Na pesquisa, alguns entrevistados demonstraram que os conhecimentos construídos durante sua formação acadêmica proporcionaram embasamento para sua atuação profissional

[...] a gente viu que lembrava da teoria e você vai fazendo ali, cada coisinha [...] e a gente não tem como esquecer [...] era muita coisa lembrando do tempo de faculdade, então a gente vê que foi bem trabalhado [...] (Ent. 3).

[...] A minha teoria foi o meu alicerce. Eu atuo hoje porque eu lembrei do que estudei, do que foi feito lá em sala de aula [...] eu acho muito importante [...] elas [teoria e prática] estão interligadas mesmo e tem que estar [...] a minha formação foi completa diante do que um enfermeiro precisa ter para praticar [...] (Ent. 13).

[...] foi relevante o ensino lá [universidade] e as ações que a gente tenta desenvolver aqui [unidade de saúde] são baseadas lá, naquela época da vivência [...] a graduação contribuiu bastante, os profissionais trazendo suas experiências, as unidades que a gente ficava, tudo! Foi todo um contexto [...] (Ent. 18).

[...] a gente correlaciona tudo porque o que você estudou na faculdade é o que vai acontecer cá [serviço de saúde]. Não tem como ser diferente; uma situação ou outra que pode divergir um pouco [...] mas eu correlaciono muito bem as coisas que eu estudei e o que eu vi, com o que eu atuo, dava sempre para articular, a gente sempre primeiro fazia a teórica toda, bem embasada, bem estruturada [...] (Ent. 20).

Estes enfermeiros apontam que as ações desenvolvidas em seu cotidiano profissional lhes remetem ao aprendizado teórico elaborado na sala de aula, no contato com as experiências dos profissionais das unidades de saúde e com as aulas práticas realizadas após o embasamento teórico proporcionado no ambiente acadêmico, o que favoreceu a interlocução da aprendizagem teórica com sua prática profissional.

Corroborando com estes achados, alguns estudos destacam a importância da coerência que deve existir entre a teoria e a prática na formação do enfermeiro para assegurar uma aprendizagem significativa aos discentes por meio do desenvolvimento de habilidades de enfermagem, da capacidade de resolução de conflitos e de uma prática reflexiva a partir do pensamento crítico (GOES et al., 2015; CARÁCIO et al., 2014; WESTIN, SUNDLER, BERGLUND, 2015).

Ademais, as competências e habilidades requeridas pelas DCNs/ENF devem ser executadas na prática pelas IES, no intuito de que a formação oportunize o aprender a fazer e a cuidar além da compreensão de que o aprendizado se constrói no dia a dia do trabalho em saúde com centralidade no discente (BRASIL, 2001a; TONHOM et al., 2014).

Com efeito, o aprendizado teórico tem potencial para subsidiar as práticas de cuidado do enfermeiro, sobretudo se sua formação for direcionada pelo estímulo à reflexão sobre o contexto que está inserido e pelo compromisso com as necessidades de saúde dos usuários, podendo contribuir para a valorização e reconhecimento da enfermagem como prática social que está intimamente relacionada com a essência do cuidar.

Nesse sentido, outros entrevistados reafirmaram que seus conhecimentos teóricos também propiciaram subsídios para relacionar a teoria com sua prática de cuidado, de modo a consubstanciá-lo para a implantação de equipes da ESF, para o cuidado direto ao usuário com valorização da escuta de suas queixas e com conhecimentos relacionados a medicamentos, o que colaborou para a compreensão sobre a profissão.

[...] como enfermeira que sou hoje dependeu de todos os estudos, de toda parte teórica que a gente viu para poder relacionar com a nossa prática [...] a prática de ouvir o paciente, de colher a história dele pregressa, a questão de associar a prática com a teoria [...] como eu não tinha nenhuma noção da profissão, eu tive que ter aquele embasamento teórico para poder relacionar com a minha prática [...] (Ent. 22).

[...] a minha atuação [...] não provém de especializações, não provém de treinamentos, não provém! A minha prática [...] provém da minha graduação [...] meus primeiros anos eu não tive especialização, não tive nada e eu fui da formação direto para uma implantação de PSF [...] então foi com base em quê? Na minha graduação [...] (Ent. 24).

É relevante que o período da graduação proporcione oportunidades de construção de conhecimentos técnico-científicos em consonância com a atuação do enfermeiro da APS de modo que este profissional possa aplicar estes conhecimentos no cotidiano dos serviços de saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população e com a política vigente no SUS, inclusive na APS.

Tais aspectos coadunam com a hermenêutica filosófica considerando que a aplicação se configura em um momento tão essencial e integrante do processo hermenêutico quanto a compreensão e a interpretação, pois o compreender também perpassa por aplicar de maneira adequada o que se aprendeu para se alcançar uma forma nova e distinta de intervir em uma situação concreta (GADAMER, 1997).

Contudo, o estudo também revelou algumas contradições. Alguns entrevistados expressaram que tiveram dificuldades para efetivar a aplicabilidade dos conhecimentos teóricos tanto nas práticas das disciplinas que cursaram quanto em seu cotidiano profissional, em virtude da sua formação não os levar a estabelecer a relação entre a teoria e a prática e também trazerem um aprendizado teórico que não era condizente com a realidade dos serviços de saúde.

[...] Eu lembro muito da teoria, então querendo ou não, é um embasamento, mas a associação teoria-prática, que é o X da questão, eu acho que faltou [...] no meu ver trabalha pouco a teoria/prática juntos, geralmente você faz um, depois faz o outro [...] o professor dá a teoria, aí depois você vai para a prática [...], aí cabe ao aluno tentar esta associação [...] e se ele não conseguir? [...] (Ent. 4).

[...] é importante os dois, a teoria e a prática [...] tudo que eu fiz na prática [na graduação] [...] a gente realmente utiliza aqui [unidade de saúde], entendeu? Na prática, nos estágios, a teoria é boa? É [...] porque se não souber a teoria, você não vai saber desenvolver a prática, mas têm [...] algumas matérias da teoria, que não tem quase nada a ver com a prática [...] (Ent. 12).

[...] eu acho que a faculdade, ela ensina, ela transmite o que tende ao sistema [Sistema Único de Saúde], porém não é o suficiente para abraçar o serviço, ele [enfermeiro] tem que se aprofundar e procurar porque a prática [da graduação] é diferente da realidade [...] (Ent. 19).

[...] a realidade é muito diferente, as dificuldades fazem com que você veja que aquilo que está no livro não é o que de fato acontece [...] a realidade do dia a dia, do que é realmente o serviço, não! Ela [graduação] trazia a realidade do que é no livro [...] (Ent. 25).

Esses relatos parecem revelar que algumas disciplinas durante a graduação do enfermeiro não tem possibilitado a articulação entre teoria e prática em decorrência de terem sido ministradas com pouca associação entre os conteúdos teóricos e práticos, parecendo gerar a necessidade de buscar formas mais adequadas que possam levar os discentes a estabelecerem essa articulação.

Uma pesquisa realizada com profissionais de saúde evidenciou que a articulação da teoria com a prática é importante para impulsionar novas formas de pensar e agir, além de colaborar para a formação de um profissional crítico e comprometido com seu papel social

frente às rápidas e profundas transformações no contexto do SUS (STEIN-BACKES et al., 2014).

Outro achado identificou que, embora tenha conflitos e desafios a serem superados, o enfermeiro docente deve preocupar-se com a coerência entre a teoria e prática, em prol de uma aprendizagem transformadora, na qual a formação ocorra com autenticidade e com desenvolvimento da capacidade dos discentes analisarem criticamente o contexto sócio político que a saúde está inserida (GATTO JÚNIOR; ALMEIDA; BUENO, 2015).

Vale ressaltarmos que o enfermeiro, desde a graduação, deve assumir uma postura ativa em seu processo de formação, seja no ambiente acadêmico ou nos serviços de saúde, tendo em vista que estes serviços apresentam elementos que trazem contribuições significativas para sua formação. O espaço acadêmico propicia a construção de conhecimentos inerentes à enfermagem, sendo que ambos em uma relação horizontalizada e dialógica podem impulsionar futuros enfermeiros a desenvolverem práticas comprometidas com o contexto identificado e vivenciado, na perspectiva de promoverem transformação social e valorização da profissão.

Contudo, para que isso ocorra é fundamental que o docente coopere para o estabelecimento de uma relação norteada pelo diálogo e respeito mútuo de maneira a assegurar que o discente tenha liberdade para se expressar criticamente, sem que ocorra ações de repressão e/ou punição por parte do corpo docente das IES.

No estudo, alguns entrevistados afirmaram que sua inserção profissional nas unidades de saúde agregou conhecimentos àqueles que foram construídos no período da graduação, atribuindo grande relevância para o aprendizado proporcionado pela prática realizada em seu cotidiano profissional

[...] a gente vai atuando e a gente vai descobrindo e aprendendo coisas novas [...] porque tive uma base boa teórica para prática, mas na prática, no trabalho, a gente vai descobrindo coisas novas com o passar do tempo até porque tem algumas modificações que a gente tem que ir se adaptando [...] (Ent. 10).

[...] não é tudo que a faculdade passa para a gente não, o que vai realmente passar para a gente é o dia a dia [...] você trabalhando ali, você aprendendo cada dia mais [...] as disciplinas em si [...] ajudam você [...] ser profissional, elas ajudam de fato, mas [...] o que vai nos ensinar mesmo é o dia a dia, é a prática [...] (Ent. 14).

[...] a faculdade ela te dá a base, mas o que vai te dar essa experiência é realmente a tua prática, é realmente tu se empenhar, é tu tentar realmente trazer aquilo para tua vida e daí seguir, por que faculdade, é faculdade, né? Ela dá o conhecimento, algumas práticas, mas a realidade é bem mais densa, é bem mais forte [...] (Ent. 17).

Estes relatos parecem demonstrar que a atuação do enfermeiro na APS tem viabilizado novos conhecimentos que, por vezes, requer sua adaptação frente às mudanças que ocorrem na unidades de saúde, além de gerar aprendizagens que não foram proporcionadas no período da graduação em virtude da sua formação não ter apresentado o real contexto dos serviços de saúde.

Tal circunstância nos remete aos pilares da educação proposto por Delors (1996) que alerta para a importância de se aprender a conhecer e aprender a fazer. O enfermeiro ao conhecer e se apropriar dos conteúdos inerentes à enfermagem pode utilizá-los para desenvolver suas práticas de cuidado. O fazer cotidiano dessas práticas poderá colaborar para o aprimoramento das competências e habilidades que foram desenvolvidas desde a sua graduação.

Cabe ainda ressaltar que a rotina das Unidades de Saúde possui relevância para a construção do conhecimento. Contudo, é preciso que o enfermeiro observe se suas práticas têm ocorrido numa dimensão ética, crítica e emancipatória frente às necessidades e desafios apresentados nos diferentes espaços da APS no que se refere ao processo de cuidar dos usuários e ao reconhecimento e valorização da enfermagem.

A reflexão crítica sobre as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde possibilita a produção de novos modos de aprender, cuidar e produzir conhecimentos, uma vez que se configuram em cenários propícios para que futuros profissionais de saúde, vivenciem e atuem na perspectiva de construir mudanças mediante situações identificadas na realidade destes serviços (FEUERWERKER, 2014).

Ademais, estes serviços não se limitam à noção de domínio de habilidades, pois revelam a capacidade de organização de conhecimentos no setor saúde e de produção de sentidos nos atos de cuidar, tratar e acompanhar os usuários com a finalidade de promover melhor qualidade de vida (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Torna-se fundamental que os envolvidos no processo de formação do enfermeiro, sobretudo discentes e docentes, reflitam sobre a importância da formação ser permeada pela criticidade, diálogo e compromisso do cuidado ao ser humano, de modo que o enfermeiro possa realizar suas práticas de cuidado com o objetivo de construir mudanças significativas para sua formação.

Nessa direção, o fenômeno hermenêutico pressupõe que o diálogo não se limita a dizer as palavras, pois ele possui a capacidade de transformação por ser o caminho para se chegar ao entendimento mútuo e possibilitar que se encontre no outro aquilo que não havia sido encontrado na sua própria experiência de mundo.

Com efeito, o diálogo com os discentes também implicará na criação de oportunidades de vivências, que não se restringem as aulas teóricas nas IES, sendo relevante que futuros enfermeiros sejam inseridos em diferentes cenários que proporcionem a troca de saberes, experiências e aprendizado mútuo.

Na pesquisa, alguns enfermeiros relataram que as atividades de pesquisa, extensão e monitoria vivenciadas no período de sua formação acadêmica contribuíram para a compreensão sobre a enfermagem e sobre a prática de cuidado do enfermeiro.

[...] eu tive a oportunidade de fazer um trabalho [de pesquisa] com idosos e esse trabalho me ajudou a entender o significado da palavra cuidado e [...] a essência da enfermagem [...] eu comecei a fazer um trabalho relacionado com feridas [...] eu queria entender a questão [...] biológica e fisiopatológica [...] do processo de cicatrização, mas no momento que eu começava a desenvolver os curativos eu não estava só cuidando da ferida, eu estava interagindo com o paciente [...] e os professores [...] passaram também a me orientar [...] a não só cuidar da ferida, mas cuidar também de outras necessidades do paciente [...] trabalhar a autoimagem e a autoestima e passei a entender que eu também estava sendo um sujeito nesse processo [...] e passei a entender o ser humano de forma completa, não apenas na questão física e biológica, mas também na questão emocional [...] (Ent. 9).

O depoimento do entrevistado 9 destacou que a realização de uma pesquisa com usuários, direcionado por docentes, proporcionou a compreensão sobre a relevância do enfermeiro no processo de cuidar numa perspectiva ampliada, interativa e reflexiva, não se restringindo às questões fisiopatológicas e com reconhecimento de que as necessidades de saúde dos usuários não se limitam as questões biológicas.

Já o entrevistado 20 enfatizou sua participação na monitoria acadêmica e nos projetos de extensão, conforme descrito a seguir:

[...] os projetos de extensão que eu participei também ajudaram porque a gente entra em contato com aquelas teorias e também com a parte prática [...] quando a gente vai para esses ambientes acaba que vai observando [...] como os enfermeiros conduzem as práticas e a gente também vai se inspirando naquilo ali [...] acho que também esses projetos me ajudaram [...] com as palestras, com as orientações [...] eu fui bolsista de monitoria do segundo semestre até o último semestre [...] era bolsista, outra hora no projeto de extensão [...] tudo isso amplia a visão [...] é importante que você saia da universidade também para você ver a realidade porque às vezes você [...] não enxerga o que tem lá fora [...] quando você sai é um choque muito grande [...] e quando você vai para os projetos você tem a oportunidade de visitar unidade de saúde [...] você já está ali em contato com a comunidade [...] tudo isso vai agregando conhecimentos [...] e aí você vai compreendendo como é o sistema, como é que você vai ter que atuar [...] então a experiência é fundamental [...] isso foi importante, esse encontro com a realidade e com o sistema [de saúde] [...] (Ent. 20).

O entrevistado evidencia que as experiências durante a graduação ampliaram seus conhecimentos, ressaltando que os projetos proporcionaram o contato com as unidades de

saúde, comunidade e enfermeiros que atuavam nesses contextos. Além disso, foi possível observar o ambiente de trabalho e as práticas dos profissionais, o que contribuiu para a articulação teoria-prática e para a compreensão das práticas de cuidado do enfermeiro nos serviços de saúde, com conseqüente aprendizado para sua futura atuação profissional.

No processo de formação também é primordial a responsabilidade pedagógica do docente por meio de seu conhecimento e experiência, que ao ser socializado com o discente, pode (re)construir os conhecimentos de ambos tanto nas atividades teóricas quanto nas práticas. Os programas de monitoria acadêmica¹⁹ podem intermediar uma relação dialógica entre discente-docente e discente-discente, sobretudo entre o docente e a turma, facilitando as dinâmicas dessas relações com fortalecimento de vínculo entre estes atores e com o auxílio do discente para a elaboração e execução de atividades didáticas e práticas (ENDERLE et al., 2018; MORAES et al., 2016).

Um estudo realizado por Andrade et al. (2018) analisou a percepção de discentes e docentes sobre a monitoria acadêmica e destacou que a mesma se configura em ferramenta de apoio pedagógico que potencializa as habilidades teórico-práticas, mediante relação discente-monitor, o que possibilita o aprofundamento dos conhecimentos de ambos e a diminuição das fragilidades inerentes à determinada área de conhecimento.

Também ressaltou que este programa traz benefícios para o monitor uma vez que ocorre maior busca pelo saber em decorrência da necessidade de atualizá-lo para esclarecer dúvidas e ter bom desempenho durante sua vida acadêmica, ocasionando a mobilização do senso de responsabilidade pela formação do discente-monitorado (ANDRADE et al., 2018).

Nessa direção, a monitoria acadêmica pode ser considerada como propulsora do compartilhamento do saber através do estabelecimento do diálogo e do vínculo entre discentes e docentes assumindo importante papel frente aos propósitos de uma formação que busca desenvolver experiências que possam favorecer a emancipação e autonomia do enfermeiro desde sua graduação.

Tais perspectivas coadunam com as DCNs/ENF ao orientar que o egresso possua competências e habilidades para embasar sua atuação frente às transformações relacionadas à sociedade, as diferentes necessidades de saúde da população e a sua inserção profissional no SUS. Não é possível compreender a formação profissional como uma sequência de ações padronizadas, pois o conhecimento é algo inacabado e processual que exige a troca de saberes

¹⁹ Os programas de monitoria acadêmica foram regulamentados pela Lei 5.540/1968, sendo posteriormente reiterada pela Lei 9.394/1996 e estabelece a valorização de discentes para as atividades de ensino e pesquisa mediante seu desempenho e capacidades técnico-didáticas (BRASIL, 1968; BRASIL, 1996).

científicos e populares mobilizadores de um pensar crítico, dinâmico e estratégico (BRASIL, 2001a; QUADROS; CALOMÉ, 2016).

Dado o exposto, uma pesquisa realizada com docentes de uma universidade pública do sul do Brasil evidenciou que a iniciação científica e os projetos de pesquisa e extensão são atividades extracurriculares fundamentais para o processo de ensino e de pesquisa na graduação (MORAES et al., 2018).

Outra pesquisa realizada com docentes de uma universidade pública que atuam simultaneamente no curso de graduação em enfermagem e em programa de pós-graduação *stricto sensu* identificou que a atividade de pesquisa aliada ao processo de ensino se torna uma estratégia inovadora com significativo potencial para unificar a prática com a teoria (SOARES; CUNHA, 2017).

Por sua vez, um estudo realizado com discentes do curso de graduação em enfermagem de um município do Rio Grande do Norte apontou que sua atuação nos projetos de extensão contribuiu para a troca de conhecimento entre comunidade e universidade, favorecendo a compreensão destes discentes sobre a importância das práticas do enfermeiro atender às necessidades de saúde da população (OLIVEIRA, ALMEIDA JÚNIOR, 2015).

Os projetos de extensão universitária têm colaborado para contemplar os discentes sedentos por qualificar-se para uma atuação que não se limite a técnicas e procedimentos, mas que amplie sua visão para o agir qualificado mediante as diversidades culturais, sociais e ambientais existentes na comunidade (LEITE et al., 2014).

Nessa direção, as atividades dos projetos de extensão e pesquisa representam a possibilidade do futuro enfermeiro vivenciar a estranheza e a familiaridade entre a realidade social e o aprendizado teórico, no intuito de (re)elaborar seus conhecimentos para que seja desenvolvida a capacidade de realização de práticas de cuidado que tenha a finalidade primordial de gerar melhores condições de vida e saúde às pessoas bem como o reconhecimento da enfermagem como prática social relevante para a sociedade.

No que concerne à monitoria acadêmica, os discentes tem a oportunidade de ressignificar o aprendizado de determinadas disciplinas na condição de um participante ativo no processo de aprendizagem do discente-monitorado o que favorece a reflexão para sua ação junto ao discente e para si mesmo além de verificar a viabilidade da aplicação desses conhecimentos para sua futura prática profissional.

Entretanto, essas atividades extracurriculares não são acessíveis a todos os discentes em virtude de não serem obrigatórias, o que reforça a importância das disciplinas serem organizadas de maneira a instigar que os discentes desenvolvam a criticidade com

conhecimento da realidade concreta dos serviços de saúde e dos usuários aliado às competências inerentes à profissão.

Dessa maneira, a natureza teórico-prática da enfermagem exige que os conhecimentos teóricos sejam inter-relacionados com a prática, fato que leva os cursos de graduação em enfermagem a se estruturarem em disciplinas teóricas e práticas para que se possa subsidiar a prática de cuidado do enfermeiro.

No que se refere especificamente à atuação do enfermeiro na APS, este profissional desenvolve práticas de cuidado de cunho educativo, assistencial e administrativo, que envolvem o gerenciamento, supervisão, planejamento, organização, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas junto aos usuários e equipe de saúde (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015; FREITAS; SANTOS, 2014).

Neste estudo, os depoimentos dos entrevistados possibilitaram a compreensão de que a sua formação acadêmica foi permeada pelos sentidos técnico, organizacional e de boas práticas, conforme proposto por Ferreira e Acioli (2010).

Assim, os enfermeiros revelaram que durante sua graduação, sobretudo na disciplina ECS, houve a realização de práticas educativas nas unidades de saúde por meio de salas de espera, atividades de grupos com os usuários e palestras com a comunidade.

[...] eu lembro que a gente fazia muito as salas de espera, pelo menos nos estágios eu me recordo [...] (Ent. 4).

[...] no nosso estágio supervisionado, a gente assumia o serviço da unidade inclusive não só na assistência, mas nessas partes de educação em saúde. A gente fazia trabalho em grupos com usuários da equipe e com as pessoas da comunidade, palestra na comunidade, nas escolas, na creche, aonde a gente fez o estágio [...] (Ent. 13).

[...] atividade educativa é algo que os estudantes fazem muito [...] minha professora [...] conversava com a gente da importância de se trabalhar essas abordagens de atividade educativa [...] (Ent. 17).

[...] na época da graduação havia muito isso, essa questão da gente, estudante, estar fazendo as salas de espera [...] (Ent. 18).

A partir desses depoimentos podemos inferir que a prática educativa foi vivenciada durante a formação destes enfermeiros, fato que se justifica pela necessidade de levar os discentes a perceberem a importância e a transversalidade das ações educativas para a prática de cuidado do enfermeiro e para os usuários.

Cabe ressaltarmos ainda que essas atividades foram implementadas principalmente pela disciplina ECS e enfatizado quanto a sua relevância por parte da docente. Essas

experiências aconteceram nas unidades de saúde, na comunidade, nas escolas e creches, ou seja, na realidade concreta dos usuários, proporcionando que os enfermeiros, ainda na condição de discentes, tivessem a oportunidade de vivenciar *in loco* a prática educativa.

O ECS é uma disciplina que busca viabilizar a construção e o aprimoramento de competências e habilidades essenciais ao exercício profissional ao favorecer que o discente participe das situações reais da vida dos usuários e do trabalho dos profissionais das unidades de saúde, o que coopera para consolidar sua profissionalização e ampliar seus conhecimentos para uma atuação ética e corresponsável pela qualidade de vida das pessoas (SANTOS, J. et al., 2016).

Com efeito, a ação educativa, quando vivenciada numa perspectiva de diálogo e escuta, favorece o compartilhamento de diversos saberes com possibilidades de elaboração coletiva de estratégias para o enfrentamento das situações que repercutem na condição de vida e saúde dos usuários (LEONELLO; VIEIRA; DUARTE, 2018).

No entanto, os enfermeiros evidenciaram que, apesar da sua formação ter sido direcionada para capacitá-lo a atuar com foco educativo, há a existência de obstáculos para assegurar a realização da prática educativa

[...] às vezes, educar a comunidade é mais barato do que tratar, pelo que eu sei, a gente estuda para tentar fazer isso, mas hoje a gente vê que o sistema é curativista mesmo, o PSF [Programa Saúde da Família], ele virou um PA [pronto-atendimento] pequeno dentro do bairro [...] (Ent. 19).

[...] atividade educativa eu estou fazendo só individual [...] a gente já solicitou a secretaria de saúde material porque também para a gente fazer um trabalho educativo sem material ilustrativo, a gente não tem desenvolvido, está aguardando a secretaria fornecer material, mas eu faço educação em saúde individualmente durante a consulta [...] (Ent. 22).

[...] a universidade na minha época foi bem conduzida e a gente foi muito direcionado por essa atenção primária mesmo, sabe? Da parte de prevenção, de controle [...] (Ent. 26).

Estes depoimentos revelam que, a APS do município pesquisado opera numa lógica curativista, sobretudo na ESF, sem realizar investimentos para melhor estruturar as atividades educativas coletivas, dificultando que o enfermeiro consiga realizar práticas educativas vivenciadas durante sua formação acadêmica.

Entendemos que a lógica curativista não corresponde aos propósitos da APS, fato que pode gerar entraves para a consolidação do SUS, dificuldades para os profissionais de saúde desenvolver ações de promoção a saúde e prevenção de doenças com a conseqüente falta de

acesso dos usuários a estas ações, além de comprometer que a formação de futuros profissionais de saúde seja embasada pelo ideário da APS.

Uma pesquisa realizada com enfermeiros de um município do Acre revelou algumas fragilidades no processo educativo da ESF, entre as quais destacou a demanda excessiva de consultas, a população priorizar o atendimento a doença, ênfase na produtividade por parte da gestão, falta de autonomia do enfermeiro, falta de pessoal e estrutura adequada, sobrecarga de trabalho e ausência de qualificação profissional para o SUS, ESF e ações educativas (RAMOS, C. et al., 2018).

Corroborando com este achado, um estudo realizado em Recife apontou que os enfermeiros que atuam na ESF encontram obstáculos para realizar sua prática educativa em virtude da falta de capacitação voltada para educação em saúde, pouca valorização das ações educativas por parte dos usuários, escassez de material educativo e valorização da produtividade por parte da gestão (ANDRADE et al., 2016).

Em contrapartida, também foi identificado que apesar do enfermeiro conhecer os objetivos da ESF, sua prática educativa está fortemente relacionada ao repasse de informações dos programas verticais do Ministério da Saúde, o que pode ser um aspecto limitante para a efetivação do cuidado integral proposto pelo SUS (ANDRADE et al., 2016).

Embora a prática educativa se constitua em instrumento para um cuidado mais assertivo, zeloso e interativo com os usuários, temos percebido que alguns enfermeiros demonstram dificuldades para concretizar a prática educativa numa visão permeada pela troca de saberes e maior aproximação do cuidado de enfermagem (ACIOLI et al., 2014).

Tal constatação pode estar relacionada ao direcionamento preponderante dos aspectos técnicos e biológicos que acontecem nas atividades educativas, parecendo que alguns enfermeiros entendem essas atividades apenas numa dimensão instrumental de suas práticas, mantendo uma abordagem que não incorpora os DSS, as demandas e necessidades de saúde dos usuários e os saberes da população (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012).

Tais evidências parecem indicar um cenário desfavorável para que o enfermeiro consiga aproximar-se do objetivo emancipador e de transformação social inerente às ações educativas, em virtude do reducionismo e da desvalorização dessas ações, podendo gerar insatisfação e desestímulo do enfermeiro frente a prática educativa.

Outrossim, é necessário que a prática educativa seja implementada numa visão mais ampla e crítica com valorização da singularidade dos usuários, sua historicidade, crenças e experiências por meio da escuta sensível, acolhimento e respeito à pessoa humana para que se

possam superar ações descontextualizadas da sua realidade cotidiana (LEONELLO; VIEIRA; DUARTE, 2018; SANTOS, F. et al., 2016).

Ressaltamos ainda que a prática educativa perpassa por todas as demais práticas realizadas pelo enfermeiro, inclusive a prática assistencial, se constituindo em uma maneira eficiente para impulsionar mudanças significativas na vida dos usuários e da comunidade (ANDRADE et al., 2016).

No estudo, embora os entrevistados convivam com as dificuldades supracitadas foi relatado que há a realização de ações educativas coletivas, nas salas de espera e nos grupos de gestantes e idosos, e individuais, durante a consulta de enfermagem

[...] eu gosto muito nas minhas consultas deixar um espaço para que elas [usuárias] participem, tirem dúvidas, geralmente eu deixo o espaço aberto e elas perguntam [...] muitas vezes, eles [usuários] querem orientação, eles estão em busca de orientação [...] (Ent. 1).

[...] ela [atividade educativa] é feita toda hora, o tempo todo, mais ou menos por aí, individualmente e em conjunto nos grupos porque nós temos grupos de idoso, de gestante [...] (Ent. 8).

[...] Eu acho que toda consulta existe uma grande orientação de tudo, você orienta em tudo [...] (Ent. 11).

[...] orientação é muito importante [...] fazemos salas de espera [...] sempre a gente está pegando um tema e passando para eles todos os informativos. A gente sempre está tendo reunião de equipe [...] e nessa reunião a gente escolhe um tema, às vezes faz até escala, no caso hoje vai ser o enfermeiro [...] (Ent. 14).

Os entrevistados demonstram que sua prática educativa é dialógica, tendo em vista que durante a consulta de enfermagem há espaço para os usuários expressarem suas dúvidas e perguntas, pois os usuários procuram orientações nas consultas de enfermagem.

Já a realização das salas de espera parece ser direcionada pela transmissão de informação com temas definidos na reunião da equipe e com envolvimento dos membros da equipe no planejamento e na execução destas ações, porém não foi evidenciada a participação dos usuários.

Por sua vez, a reunião de equipe tem o papel de facilitar a comunicação e o compartilhamento de ideias que possam gerar reflexões sobre as práticas cotidianas no intuito de organizar, planejar e executar ações, inclusive educativas, a partir do reconhecimento das atribuições que são específicas a cada profissional e as que são comuns a todos os profissionais (PAULA et al., 2014; LEONELLO; VIEIRA; DUARTE, 2018).

Acreditamos que a reunião de equipe seja um importante momento para o planejamento das ações da equipe de saúde. Contudo, pode ser potencializada se nesses

espaços forem valorizadas as expectativas dos usuários, uma vez que as opiniões e saberes dos usuários nas ações educativas podem fortalecer o caráter de transformação inerente a estas ações.

Além disso, é fundamental valorizar as vivências e a participação dos usuários, famílias e comunidade no planejamento e desenvolvimento de ações educativas para que as mesmas não se caracterizem como repasse de informações, mas que sejam instrumentos para estimulá-los a serem sujeitos sociais com consciência cidadã e corresponsáveis pelas transformações da realidade em que estão inseridos (LEONELLO; VIEIRA; DUARTE, 2018; ANDRADE et al., 2016).

É preciso que a realização das práticas educativas aconteça a partir do planejamento coletivo; do estímulo à troca de experiências entre o saber popular e o saber científico e também da escuta e do diálogo para identificar a realidade local (ACIOLI, 2008; ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012).

Nessa direção, uma pesquisa realizada com usuários das equipes da ESF em um município baiano apontou que a atividade educativa proporciona que as pessoas explicitem suas inquietações e esclareçam suas dúvidas sobre questões relacionadas à sua saúde (COUTO et al., 2016).

Outros achados da literatura indicam que o caráter educativo da consulta de enfermagem favorece o diálogo mais individualizado, em decorrência de o enfermeiro demonstrar disponibilidade para explicar, orientar e responder aos seus questionamentos, se configurando em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças o que propicia melhor qualidade de vida aos usuários. Porém, essas ações apresentaram-se voltadas para questões biológicas em detrimento de ações que poderiam estimular a autonomia e cidadania da população (SANTOS et al., 2018; SANTOS, F. et al., 2016).

Nesse sentido, também se torna relevante que o enfermeiro, desde sua graduação, realize práticas educativas numa perspectiva emancipatória que ultrapasse os aspectos biológicos e estimule os usuários a vivenciar o protagonismo de sua história na luta por melhores condições de vida e saúde.

Salientamos que a consulta de enfermagem além de ser uma valiosa oportunidade para realizar ações educativas, se configura em uma prática assistencial que pode viabilizar o cuidado individualizado no qual se pode fortalecer o vínculo com o usuário assim como facilitar a identificação de suas necessidades de saúde.

No estudo, um dos entrevistados relatou que durante sua formação acadêmica foram realizadas atividades no laboratório de enfermagem²⁰ para subsidiar os conhecimentos sobre a consulta de enfermagem

[...] a gente praticava muito na teoria, no laboratório [de enfermagem] a gente praticava muito, a gente simulava o atendimento até com os próprios colegas do nosso grupo de prática mesmo, a gente simulava atendimento, a gente deitava em maca para ser examinado pelo colega, qual é a forma? onde eu vou examinar? o que é que eu vou escrever? [...] (Ent. 13).

Este depoimento indica que o enfermeiro, na condição de discente, teve a experiência de simular a consulta de enfermagem em outro discente, no intuito de consolidar o aprendizado teórico sobre a maneira adequada para realizar o exame físico, os locais do corpo a serem examinados e a realização da anotação de enfermagem.

Uma pesquisa realizada com docentes do curso de graduação em enfermagem de IES pública e privada de uma capital da região nordeste apontou que o laboratório de enfermagem é um ambiente de aprendizagem das habilidades dos discentes através da reprodução e repetição de técnicas que buscam preparar os discentes para atuar nas situações reais. Isso requer o esforço para aproximar tais atividades da realidade, da reflexão sobre a mesma e do desenvolvimento da sua capacidade crítica, de modo que se reflita sobre a aprendizagem que extrapole as habilidades cognitivas ou técnicas e se perceba que algumas aprendizagens são efetivadas apenas nas experiências concretas com as pessoas (BRITO; ROZENDO; MELO, 2018).

Por sua vez, um estudo realizado com discentes do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública brasileira evidenciou que o laboratório de enfermagem propicia segurança para o desenvolvimento de destreza frente ao contato direto com as pessoas nas unidades de saúde, principalmente por meio da simulação. Contudo, o estudo também apontou que o interesse por frequentar o laboratório de enfermagem está fortemente atrelado às avaliações práticas de algumas disciplinas, fato que gera reflexões sobre a importância dos discentes buscarem se apropriar de conteúdos que são primordiais para sua futura prática profissional, independente das avaliações práticas ou teóricas (DONOSO et al., 2017).

²⁰ O laboratório de enfermagem é um sala ou conjunto de salas com modelos anatômicos, manequins e equipamentos semelhantes aos de uma unidade de saúde, contudo, sem ser uma réplica dessas unidades (FRIEDLANDER, 1986; FRIEDLANDER, 1994; ARAUJO; WITT, 2006).

Dado o exposto, é salutar que a formação do enfermeiro não se restrinja as experiências no laboratório de enfermagem, a atividades de cunho apenas técnico destituído de criticidade e reflexão sobre a ação, o que pode gerar desinteresse por parte dos discentes quanto a buscar o conhecimento que transcende a reprodução de técnicas e as avaliações das disciplinas.

Por sua vez, os depoimentos de alguns entrevistados demonstram que suas consultas de enfermagem envolvem a habilidade técnica para a realização das mensurações, o registro em prontuários e demais impressos dos programas articulado com a capacidade de realizar uma abordagem diferenciada entre a primeira consulta e as consultas subsequentes, com ênfase na anamnese que contemple o histórico pessoal, familiar e hábitos de vida.

[...] é importante o registro, tanto nas cadernetas quanto nos prontuários [...] por que é um respaldo que você tem [...] a questão dos cartões de pré-natal, do hiperdia, o cartão de vacina, estar fazendo o acompanhamento, de olhar as vacinas, o Crescimento e o Desenvolvimento da criança [...] eu sempre faço isso nas consultas [...] (Ent. 7).

[...] é uma consulta mesmo bem feita, a gente investiga, a gente trata [...] a gente estudou mais para fazer a coleta mesmo de histórico familiar, histórico pessoal, de tudo, [...] a consulta de enfermagem é mais abrangente, a gente consegue saber de onde vem a causa daquilo ali, o que causou aquilo ali [...] (Ent. 10).

[...] eu faço a primeira consulta e faço acompanhamento subsequente, na primeira consulta a gente faz todo aquele histórico de enfermagem, a anamnese, os relatos, os históricos familiares, quais são as práticas dele de atividade física, a questão alimentar, a mensuração do peso, da altura, a aferição da PA e as orientações sobre a medicação [...] (Ent. 22).

Estas falas denotam que a consulta de enfermagem possui um caráter ampliado que contempla conhecer a realidade de vida dos usuários favorecendo a realização de orientação e tratamento adequados, com suas devidas anotações para respaldar sua atuação além da realização de procedimentos técnicos.

A consulta de enfermagem se configura em uma prática de cuidado assistencial que possibilita ouvir e conhecer o usuário com fortalecimento de vínculo, podendo contribuir para a resolução de conflitos e dificuldades dos usuários dentro de seu contexto social (ACIOLI et al., 2014).

Embora a consulta de enfermagem esteja diretamente relacionada à realização de procedimentos é imprescindível que seja reafirmada a interrelação com a dimensão subjetiva do cuidar através da construção de vínculo e centralidade das necessidades de saúde dos usuários (SANTOS, F. et al., 2016).

Nessa direção, a consulta de enfermagem se constitui em um campo fértil para a realização de ações educativas, para criação de vínculo entre profissional e usuário, por meio da proximidade, do diálogo e da relação de confiança que se estabelece no cuidado individualizado. O enfermeiro, assim, deve mostrar-se atento às demandas do usuário com uma escuta ativa e qualificada que poderá promover a identificação de necessidades e demandas de saúde para as quais serão direcionadas as ações de cuidado (ANDRADE et al., 2016).

Contudo, um dos entrevistados relatou que sua dinâmica de trabalho na APS não tem viabilizado condições para a realização da consulta de enfermagem de acordo com sua formação acadêmica:

[...] essa questão de você estar tendo tempo, às vezes, simplesmente para dar um remédio e não ter o tempo de conversar [...] e até na anamnese você colocar o básico porque a cobrança acaba sendo maior pela questão burocrática porque eles querem números [...] a escrita, que era o primordial dentro da faculdade, aliada ao conhecimento, a gente vai perdendo aos poucos [...] onde é que a gente busca a qualidade da assistência de enfermagem? Onde é que a gente quer chegar? [...] o atendimento de enfermagem, ele está sendo precarizado [...] porque dentro da faculdade [...] a escrita é fundamental e hoje a escrita a gente passa por uma questão mesmo mecânica [...] que você faz na rotina [...] a gente não consegue fazer uma anamnese. Mesmo tendo conhecimento, não há tempo para gente escrever o que a gente quer, da maneira certa como a gente buscou dentro na academia [...] (Ent. 19).

Este entrevistado revela que sua consulta de enfermagem tem sido prejudicada em virtude do número elevado de usuários que juntamente com a cobrança da gestão pela produtividade tem gerado práticas centradas no uso do medicamento, com pouca valorização da relação dialógica com os usuários e dificuldades na realização e registro da anamnese, o que estabeleceu distanciamento entre os conhecimentos de sua formação e a atuação profissional, podendo ocasionar baixa autonomia, insatisfação e pouco reconhecimento profissional além de interferir negativamente para a qualidade da assistência de enfermagem.

Torna-se imprescindível fomentar discussões e reflexões sobre o trabalho na APS, com a finalidade de suscitar mudanças e transformações que possam deslocar a lógica de produção de serviços para a produção de cuidado, para que o enfermeiro consiga desenvolver práticas condizentes com seu potencial de atuação (LEONELLO; VIEIRA; DUARTE, 2018; RAMOS, C. et al., 2018).

Este cenário também gera impactos para o processo de cuidar dos usuários que podem não ter acesso a consultas de enfermagem que sejam embasadas na escuta sensível e no diálogo, ocasionando dificuldades para a realização de ações norteadas pelo cuidado humanizado.

Também pode ocasionar dificuldades para a realização de atividades de disciplinas práticas e de estágio, podendo acarretar prejuízos para a aprendizagem dos discentes que estiverem inseridos neste contexto, gerando a necessidade de melhor estruturar as unidades de saúde da APS.

Mediante o exposto, a formação precisa estimular que futuros enfermeiros sejam críticos para que se desenvolva o compromisso com a transformação do cenário apresentado pela APS, pelo sucateamento e desqualificação dos serviços públicos de saúde, no intuito de se vislumbrar melhorias nas condições de trabalho do enfermeiro e também contribuir para a construção de uma sociedade mais humana e justa (CLAPIS et al., 2018; ARAÚJO et al., 2018).

Ademais, a realidade dos usuários da APS requer a habilidade e destreza aliada a uma visão ampliada sobre os aspectos biológicos, familiares e DSS que envolvem o processo de cuidar, sendo necessário que as atividades teóricas realizadas no ambiente acadêmico sejam articuladas com a realidade concreta da sociedade para não comprometer a formação de um profissional crítico que consiga identificar e intervir nas diversas situações que impactam na vida dos usuários e no reconhecimento da profissão.

Tal perspectiva representa um desafio mediante os processos de desconstrução do SUS e, conseqüentemente da APS. As políticas neoliberais, que fortalecem as tendências à segmentação, mercantilização e privatização na saúde, bem como o subfinanciamento legitimado pela Emenda Constitucional 95²¹, apresentam repercussões negativas nos indicadores de mortalidade materna e infantil e no retorno de doenças transmissíveis que haviam sido controladas (TEIXEIRA; PAIM, 2018; GIOVANELLA, 2018).

3.2.2 Subcategoria 2: Lacunas da formação do enfermeiro na relação teoria-prática

Nesta subcategoria discutimos os aspectos que geraram fragilidades para o embasamento teórico-prático no processo formativo do enfermeiro, ocasionando dificuldades para o desenvolvimento de suas práticas de cuidado na APS.

²¹ A Emenda Constitucional 29, de 16 de dezembro de 2016, institui um regime fiscal que congela os gastos públicos na área social no período de 20 anos (BRASIL, 2016).

Assim, alguns enfermeiros revelaram que não vivenciaram a realização de visita domiciliar e o acompanhamento do trabalho dos ACS, o que parece apontar que durante sua graduação não houve atividades práticas que pudessem ajudá-los a consolidar o aprendizado teórico sobre a visita domiciliar do enfermeiro e dos ACS, gerando dúvidas sobre as questões a serem priorizadas ao adentrar o domicílio e a forma de se expressar e interagir com os usuários

[...] A questão da visita pra ser sincera, eu falava: “Meu Deus! Como vai ser essa visita?” [...] “Chegar lá vai ter que problema? É tudo que eu vou ter que atender?” [...] Em nenhum momento a gente saiu em campo para trabalhar com os agentes, pelo menos, eu não [...] tinha aquela ideia superficial [...] eu só fui uma vez com uma agente fazer uma investigação de óbito, só isso [...] (Ent. 1).

[...] se eu te falar que eu vivenciei, não! Mas eu tinha uma ideia, tem a noção, tem a teoria, então a gente vai e estuda [...] mas nas visitas, nas casas, eu pelo menos não fui nas minhas práticas [na graduação] [...] eu nunca fiz visita [...] (Ent. 21).

Um dos entrevistados também relatou a experiência da realização de uma visita domiciliar para investigação de óbito, o que parece indicar o compromisso dos profissionais de saúde de detectar as causas dos óbitos, mas também parece alertar para o fato dessa visita ter sido viabilizada ao discente em virtude de ser realizada principalmente pelos fatores biológicos.

A falta de oportunidade de futuros enfermeiros vivenciar a visita, também pode interferir para que eles não consigam perceber que a visita domiciliar deve acontecer mediante realização de ações assistenciais, educativas ou de investigação. Estas ações devem ser ampliadas de acordo com a singularidade de cada indivíduo tendo em vista que o ambiente familiar é um local diferenciado para identificar as condições de vida e saúde dos usuários no contexto familiar e comunitário.

Nessa direção, a visita domiciliar se constitui em uma prática de cuidado do enfermeiro que está relacionada à escuta ativa, educação em saúde, relações familiares, identificação das necessidades de saúde e realização de atividades assistencial, a exemplo da realização de curativos, coleta de exames, verificação de sinais vitais, as quais são permeadas pelo espaço de atenção, diálogo, intervenção e vínculo (ACIOLI et al., 2014).

Ademais, a visita domiciliar é uma das atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF que favorecem conhecer o contexto social do usuário e sua família, o que colabora para o delineamento de práticas educativas e assistenciais frente às necessidades de saúde identificadas no ambiente familiar (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

No entanto, a visita domiciliar tem sido realizada de forma restrita pelo enfermeiro, sendo motivada pelos aspectos biológicos e com pouco direcionamento para as ações de promoção a saúde, ocasionando uma prática fragmentada, biologicista e desconectada da historicidade e singularidade das pessoas (SANTOS, F. et al., 2016).

É importante que a visita domiciliar também seja realizada em famílias que não apresentem processos de adoecimento já estabelecidos, no intuito de realizar ações educativas. Contudo, o enfermeiro tem realizado um número maior de visitas com priorização de usuários acamados, o que pode diminuir o caráter preventivo da visita domiciliar (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

Destacamos ainda que a resolutividade da visita domiciliar também pressupõe a interação do enfermeiro com os membros da família. Através da escuta e diálogo o enfermeiro poderá encontrar resoluções para as demandas e necessidades de saúde identificadas, sendo fundamental que futuros enfermeiros a vivenciem em suas atividades curriculares.

Nessa direção, alguns entrevistados referiram-se que durante sua formação tiveram a oportunidade de realizar visitas domiciliares a gestantes, puérperas e idosos acamados além de terem vivenciado a realidade concreta dos usuários e o trabalho do ACS, sobretudo na disciplina ECS, o que proporcionou embasamento para sua prática profissional

[...] ia para a visita domiciliar, via as gestantes, as puérperas, os idosos acamados, para mim foi importantíssimo daquela época [da graduação], a minha base veio dali [...] (Ent. 18).

[...] eu me lembro no estágio supervisionado a gente teve essa questão de toda prática no PSF, também visitas as unidades básicas, a gente fazia visita domiciliar, também entrava em contato com a realidade, com o agente comunitário, o trabalho do agente comunitário, a importância do agente [...] (Ent. 20).

A formação de futuros profissionais com base nas vivências que ocorrem no cotidiano do SUS, por meio do encontro dos discentes com o profissional, usuário, família e comunidade contribuirá para formar profissionais com perfil técnico e científico, crítico, reflexivo e aberto a aprimorar qualidades humanistas (OLIVEIRA; DAHER, 2016).

Para que isso ocorra, a disciplina ECS possui a responsabilidade de inserir o discente na realidade dos serviços de saúde, favorecendo a vivência da atuação do enfermeiro e demais membros da equipe de saúde e na comunidade, o que corrobora para o fortalecimento e expansão de conhecimentos e qualificação profissional além do compartilhamento de saberes entre discentes, docentes e profissionais de saúde (MARRAN; LIMA; BAGNATO, 2015; SANTOS, J. et al., 2016).

Tais circunstâncias também trazem repercussões para a formação dos discentes, tendo em vista que a experiência de realizar a visita domiciliar e ter a oportunidade de perceber a relevância do trabalho de outros profissionais da equipe de saúde, a exemplo do ACS, proporciona a criação de espaço para que sejam colocados em prática os conhecimentos que foram construídos durante a trajetória acadêmica com a abertura para a reconstrução dos mesmos a partir da relação estabelecida com os usuários, família e profissionais de saúde.

No entanto, alguns entrevistados relataram que durante sua formação acadêmica houve fragilidades no conhecimento teórico-prático no que se refere a prática gerencial do enfermeiro.

[...] foi mais preocupado mais com a assistência, em como atender o paciente, em como receber ele, como conversar com ele, como prestar o cuidado para ele [...] eu acho que falta na parte teórica justamente essa parte burocrática do PSF [...] porque a gente não aprende esse tanto de coisa que a gente tem que preencher [...] e aí quando você chega aqui, você acha que vai ficar aqui na sala, atender o paciente, conversar com ele e o máximo que você vai preencher é o prontuário [...] você não vê o dia a dia do enfermeiro, você vê aquele setor, você fica na farmácia, você fica na sala de vacina e aí você não vê que você tem que chegar ali, você tem que resolver alguns problemas, você tem que atender seu paciente, quando você terminar de atender, você tem que voltar para ver aqueles setores tudo às vezes no mesmo dia porque você tem data para entregar [...] (Ent. 8).

[...] imagine pra um enfermeiro que por mais que ele tenha tido as práticas, ele chegar em uma unidade pra ele ser o gerente daquela unidade de saúde, para ele lidar com assistência [...] lidar com as duas partes [...] e essa foi a minha maior dificuldade, não na assistência [...] mas na gerência, você é responsável pela água que faltou, pelo vazamento que teve no posto [...] e você sabe que tem gente marcado pra você atender, então não é fácil, não [...] nessa questão de gerenciamento de unidade [...] por que a gente fica no supervisionado [...] vê alguma coisa, mas não totalmente de como a gente encontra numa unidade [...] a gente não tem realmente que tomar essas decisões [...] (Ent. 21).

Os depoimentos denotam que a formação destes enfermeiros priorizou os conteúdos teórico-práticos assistenciais em detrimento àqueles relacionados ao gerenciamento da USF no que se refere a tomada de decisão e ao preenchimento de impressos e formulários que geram as informações destas unidades, ocasionando o desconhecimento de que o enfermeiro poderia ser responsável por estes impressos e por várias tarefas relacionadas ao funcionamento da unidade.

Um dos entrevistados também relatou que durante a disciplina ECS não foi possível perceber os aspectos gerenciais do trabalho do enfermeiro e, apesar de ter cursado uma disciplina voltada para administração, o mesmo não conseguiu perceber a relevância do conteúdo apresentado durante o curso:

[...] quando a gente está estudando [...] pensa que vai para o PSF só atender [...] eu vi pouco essa parte administrativa [...] nem passa pela cabeça da gente, que [...] vai administrar ali, que a gente tem funcionários [...] medicação, farmácia [...] sala de vacina, sala de curativo, tudo é a gente [...] a parte administrativa, a gente até tem uma aula, uma matéria, mas [...] eu acho que eu não levei muito a sério e quando eu entrei aqui eu vim ver isso, que é importante administração [...] não estagiei muito tempo na parte administrativa [...] nas práticas (na graduação) a gente vê que é mais direcionada para o atendimento, para as consultas [...] (Ent. 12).

Tais circunstâncias levam os enfermeiros, na condição de recém-formados, a ter dificuldades para atuar na gerência da USF, pois se depararam com responsabilidades gerenciais que não vivenciaram durante o período acadêmico, além de terem que realizar a gerência da unidade concomitantemente a realização das consultas dos usuários previamente agendados.

O cenário apresentado pelos entrevistados evidencia que a formação profissional não oportunizou embasamento para prática gerencial na ESF, fato que nos leva a refletir que o conteúdo gerencial abordado em disciplinas teóricas deve ocorrer de maneira articulada com as atividades práticas nas unidades de saúde, de modo a favorecer que o discente vivencie a realidade concreta das ações gerenciais realizadas pelo enfermeiro e, desse modo, consiga perceber a importância dos conhecimentos teóricos para sua atuação gerencial.

A prática gerencial do enfermeiro requer o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitem a este profissional atuar de acordo com a realidade dos serviços de saúde, tanto no cuidado aos usuários como nas atividades de gerenciamento da unidade de saúde (FREITAS; SANTOS, 2014).

Enfermeiros que atuam na APS do município do Rio de Janeiro identificaram que as práticas de cuidado que mais se destacaram em seu cotidiano profissional foram a consulta de enfermagem, a visita domiciliar e a prática educativa. Algumas práticas gerenciais, a exemplo da organização do espaço da unidade, reuniões e capacitações da equipe, foram sinalizadas com menor ênfase (ACIOLI et al., 2014).

Uma pesquisa realizada em dois municípios baianos revelou que a prática gerencial do enfermeiro envolve ações relacionadas ao cuidado aos usuários, a processos educativos individuais e coletivos, elaboração de relatórios, planejamento de ações, supervisão dos ACS, resolução de problemas junto à comunidade, entre outros, levando este profissional a protagonizar o gerenciamento do cuidado na ESF (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

Em contrapartida, a pesquisa também apontou que este cenário tem ocasionado uma sobreposição de ações para o enfermeiro da ESF, tornando seu trabalho mecânico com pouca criatividade e articulação de saberes e práticas (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

A atuação do enfermeiro na APS requer a capacidade de desenvolver práticas assistenciais, educativas e gerenciais que possam gerar um cuidado com resolutividade para os usuários e, ao mesmo tempo, realizar atividades que viabilizem o planejamento, supervisão e acompanhamento das ações da equipe. Isso requer capacidade crítica para analisar e avaliar o processo de realização das práticas, de modo que a familiaridade de saber desenvolvê-las possa suscitar a estranheza que leve a refletir sobre os efeitos benéficos ou não da realização concomitante das práticas para os usuários, equipe e para si mesmo enquanto profissional.

Do ponto de vista hermenêutico filosófico, o aprofundamento da compreensão de um fenômeno proporciona que o indivíduo consiga encontrar formas diferentes para aplicar o fenômeno compreendido no contexto real que está vivendo. Assim, quando o enfermeiro consegue compreender a finalidade de suas práticas na APS mais se aproximará da capacidade de implementá-las com segurança, assertividade e criticidade, no intuito de que suas práticas não se limitem a executar tarefas, mas revelem um fazer no mundo que traga modos promissores para cuidar do outro, de si mesmo e da profissão.

Achados na literatura apontam a existência de lacunas no processo de formação do enfermeiro, entre as quais foi destacada a relevância de se potencializar a capacidade de o discente articular os saberes teóricos aos práticos, a partir da contextualização da realidade dos serviços de saúde e da reflexão sobre a prática de cuidado do enfermeiro com discussão sobre o que se faz e por que se faz (QUADROS; CALOMÉ, 2016; PEIXAK et al., 2014).

Tais aspectos também implicam em refletir sobre a importância de se compartilhar ações e responsabilidades com os demais membros da equipe para que se diminuam as possibilidades de sobrecarga de trabalho, sobretudo para o enfermeiro. Desenvolver práticas assistenciais e gerenciais em uma unidade de saúde retrata a competência técnico-organizacional do enfermeiro, mas também podem revelar a necessidade de se alcançar melhores condições de trabalho.

No que concerne à formação do enfermeiro, um dos entrevistados relatou que não foi possível articular seus conhecimentos teóricos sobre gerência à atividade prática realizada pela disciplina, em virtude da falta de colaboração do enfermeiro que atua na gerência da unidade de saúde, sinalizando, ainda, que esta situação ocorre em outras unidades de saúde.

[...] gerência, ficou um pouco perdido, então não dava para poder associar teoria e prática ali [unidade de saúde] porque a gente sabia também que não dependia tanta da disciplina, professor atuando, mas de quem estava recebendo a gente ali, que teve muita dificuldade, como em vários outros lugares eu sei que tem [...] porque nem todo enfermeiro recebe da forma que tem que receber e se colocar no lugar que um dia já foi estudante [...] (Ent. 3).

Este depoimento indica que a articulação entre teoria e prática sobre gerenciamento não foi concretizada em decorrência do enfermeiro que atua na unidade de saúde não demonstrar entender que os discentes necessitam vivenciar o cotidiano da prática gerencial.

O enfermeiro que atua nos serviços de saúde é um sujeito essencial para o êxito das atividades acadêmicas desenvolvidas nestes serviços, pois ao realizar práticas gerenciais, educativas, assistenciais e de visita domiciliar contribui significativamente para que o discente tenha contato com o fazer da enfermagem de forma concreta e real no cotidiano da APS.

Entretanto, alguns entrevistados também relataram que durante as atividades realizadas nas unidades de saúde não perceberam o interesse dos enfermeiros em cooperar com sua formação.

[...] nesse momento [estágio] [...] o professor tinha que estar mais atuante [...] porque, às vezes, você vai para uma sala ver o atendimento de outro profissional. Que garantia a universidade tem que aquele profissional ali está fazendo da maneira correta para transmitir para o aluno? [...] eu vou acompanhar aquela consulta, eu não vou ter a mesma abertura que eu teria com meu professor para questionar [...] Às vezes, até respostas diferentes você pode ter [...] Aí cabe ao aluno fazer essa distinção do que é correto? Do que a Universidade passou e ele viu no dia a dia? E se ele achar mais prático fazer daquele jeito ali? [...] porque eu acho que a gente fica meio solto [...] eu não me senti à vontade nos estágios [...] você fazia o atendimento [...] preenchia tudo, mas você não se sente dono da situação [...] o professor deixa você em uma unidade, você vai fazer um procedimento [...] você acabava fazendo com o enfermeiro [...] que, às vezes, não está nem preocupado em te ensinar nada [...] eu não sentia [...] o acolhimento dos profissionais das unidades nos estágios [...] eu aprendi muito porque [...] eu sempre fui de [...] querer fazer, sempre fui muito interessada, mesmo achando que não estava achando bom, eu perguntava do mesmo jeito, mas assim não fica completo [...] (Ent. 4).

Este depoimento demonstra que, durante as atividades da disciplina ECS, houve a necessidade de maior acompanhamento do docente para se tentar assegurar que o discente tenha uma aprendizagem em campo de estágio que seja embasada nos conhecimentos científicos, tendo em vista que as práticas realizadas pelos profissionais da unidade de saúde apresentavam algumas diferenças da aprendizagem teórica, fato que exigia que o mesmo distinguísse a maneira correta de agir. Contudo, o discente não se sentia apoiado pelo docente e mesmo aprendendo a forma adequada para realizar determinadas ações, a situação vivenciada poderia levá-lo a optar por não fazer as práticas como aprendeu na universidade.

Além disso, o entrevistado revelou que não se sentia acolhido pelo enfermeiro nem se sentia à vontade para atuar na unidade de saúde e que ao tentar esclarecer suas dúvidas percebia que o enfermeiro não gostava de respondê-las, mas mesmo assim o discente tentava sanar suas dúvidas na tentativa de tornar o estágio mais proveitoso, pois ainda que tenha tido a

oportunidade de realizar consultas e preencher os impressos, percebia que o enfermeiro não tinha interesse em compartilhar seus conhecimentos e experiências. Assim, o entrevistado avaliou que esse contexto propiciou lacunas que interferiu negativamente no seu processo de aprendizagem durante o estágio.

Nessa direção, outro participante do estudo também apontou que durante sua formação, os enfermeiros das unidades de saúde não tinham uma postura acolhedora nem colaborativa com os discentes, conforme relatado no depoimento abaixo:

[...] a gente não era acolhido, a gente era tratada com uma rispidez [...] você se sentia mais inseguro, impotente, aumentava o nervosismo [...] na época de administração principalmente que a gente ficava só, era como se estivesse... você enxergasse claramente os boicotes dos colegas de profissão, como [...] uma forma de rivalidade [...] foi péssimo isso, misericórdia! Foi a pior etapa da graduação, essa parte que a gente fica na liderança [...] não achar apoio de ninguém para tirar suas dúvidas [...] da própria rotina do setor, das demandas que apareciam [...] eu pedia mesmo direção a Deus por que você chegar em um setor e você não é acolhido, se você não tiver firmeza mesmo, você acaba desistindo porque é uma pressão emocional muito grande [...] faz você perder a vontade de continuar [...] (Ent. 26).

Este entrevistado evidencia que durante sua formação alguns enfermeiros das unidades de saúde não tinham uma postura acolhedora nem colaborativa com os discentes, parecendo não ter interesse em participar de sua aprendizagem e, por vezes, o entrevistado se sentia nervoso, inseguro, impotente e desanimado para dar continuidade ao curso, por tentar exercer a liderança perante a equipe e ser tratado com hostilidade, rivalidade e boicotes, culminando em uma experiência estressante.

Embora os serviços de saúde da APS sejam espaços privilegiados para a consolidação da formação do enfermeiro, estes depoimentos revelam uma relação conflituosa entre os envolvidos nas práticas de cuidado e no processo de formação, dificultando que os discentes vivenciem o período do estágio com tranquilidade para aplicar os conteúdos teóricos às atividades práticas realizadas nas unidades de saúde.

É fundamental o compartilhamento de múltiplos saberes e práticas para ressignificar os processos de ensino-aprendizagem no intuito de formar sujeitos competentes para a vida e para o trabalho de modo que possam transformar a formação e a prática profissional de enfermagem. Porém essas mudanças precisam começar dentro de cada um e se estender em um movimento colaborativo, pois a competitividade e o individualismo estão presentes nos cenários educativos e de atenção à saúde, ainda que sejam destoantes do sentido social e profissional da prática do enfermeiro (GOTTEMS; ALVAREZ; ALMEIDA, 2014; BECERRIL, 2016; BRITO; ROZENDO; MELO, 2018).

Nessa direção, docentes, discentes e enfermeiros precisam estar comprometidos com a formação de futuros enfermeiros para reduzir a dicotomia entre a teoria e a ação concreta nos serviços de saúde, com destaque para o papel do enfermeiro que atua no cenário real das práticas e, por isso, representa a profissão materializada para o discente (CASCOE et al., 2017; ESTEVES et al., 2018).

Neste contexto, o ECS prevê a efetiva participação dos enfermeiros que atuam nas unidades de saúde em que se desenvolve o referido estágio, sob a organização e supervisão do docente, constituindo-se em uma ferramenta eficaz para a expansão do conhecimento, para o aperfeiçoamento teórico-prático e para o desenvolvimento de habilidades e integração de saberes (BRASIL, 2001a; SANTOS, J. et al., 2016).

Com efeito, o delineamento da proposta do ECS requer o diálogo entre docente, discente, gestor e profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, para que possam planejar coletivamente as atividades desta disciplina ECS, com a finalidade de diminuir as possíveis lacunas que geram distanciamento do enfermeiro na implementação do estágio bem como assegurar a participação proativa junto aos discentes.

Além disso, a experiência do estágio poderá contribuir significativamente para a construção do conhecimento dos discentes, para o aprimoramento da sua capacidade de conviver com diferentes sujeitos e para o gerenciamento de conflitos que podem ocorrer durante o estágio.

Por sua vez, os discentes também poderão cooperar com as Unidades de Saúde, uma vez que apresentam uma abordagem diferenciada aos usuários, serem mais afetivos e, dessa forma, colaborarem com o cuidado integral.

Outrossim, o ensino ofertado pelos cursos de graduação em enfermagem deve articular o saber, o saber fazer e o saber conviver para que o discente possa desenvolver atributos do “aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer e o aprender a viver juntos” (BRASIL, 2001a, p. 6), os quais são primordiais para as práticas de cuidado do enfermeiro na APS (DIAS et al., 2018).

Estes atributos devem ser valorizados durante toda formação acadêmica do enfermeiro, em especial na disciplina ECS, sendo um momento ímpar para o discente atuar com mais autonomia norteado pelas competências e habilidades construídas ao longo do curso. No contato mais aproximado com a dinâmica do enfermeiro nos serviços de saúde poderá suscitar novas aprendizagens para aprimorar os conhecimentos inerentes à prática do enfermeiro bem como a capacidade de conviver com diferentes sujeitos a partir de uma conduta ética, humanizada e comprometida com o cuidar ao ser humano.

A enfermagem, enquanto disciplina prática de uma ciência sensível e de trabalho, exige a produção de conhecimentos que subsidie o agir profissional a partir da elaboração do conhecimento que se faz e refaz em diferentes cenários e com diversas pessoas, não se encerrando em sala de aula, mas buscando novas formas de aprendizagem em outros espaços (CARREIRO et al., 2015).

No entanto, alguns entrevistados relataram que não conseguiram obter aproveitamento satisfatório em algumas disciplinas de cunho prático e de estágio em razão da carga horária limitada e da sobreposição de atividades nestas disciplinas.

[...] os estágios, eu acho que eram muito pequenos [...] na verdade na faculdade a gente vê superficialmente [...] eu acho que a carga horária foi muito pequena, muito limitada [...] você não imagina que você tem muito mais coisa para se responsabilizar [...] se tivesse uma carga horária maior, você ia ver mais coisas [...] acho que essa base poderia ser melhor alicerçada [...] ser mais sólida [...] (Ent. 1).

[...] eu fiz muito estágio extracurricular, tanto na atenção básica como também em rede hospitalar, é o que ajuda muito a gente, são os extracurriculares porque os estágios são curtos, são pequenos e o extra curricular é que ajuda a gente, que embasa a gente porque você passa um período maior [...] (Ent. 2).

[...] pré-natal na faculdade você aprende [...] tudo muito superficial [...] a faculdade é isso aí, você sai e você realmente tem que correr na frente porque é tudo muito rápido [...] você passa dois momentos fazendo pré-natal, aí você já tem que fazer outra coisa [...] não é uma base tão sólida [...] (Ent. 17).

Estes relatos evidenciam que durante o curso os entrevistados não perceberam as várias responsabilidades inerentes à profissão e ao concluírem a graduação não se sentiram suficientemente instrumentalizados para atuar na APS, em virtude das disciplinas práticas e de estágio realizarem uma quantidade de atividades incompatível com a carga horária restrita, sobretudo a disciplina ECS.

Tais circunstâncias geram fragilidades no processo de aprendizagem do enfermeiro, com destaque para a consulta de pré-natal, exigindo que o enfermeiro buscasse formas de suprir este déficit por meio de estágios extracurriculares, os quais foram considerados como uma estratégia eficiente, principalmente por ter uma carga horária maior que o ECS.

Em contrapartida, um dos entrevistados revelou que, na sua formação, a carga horária de estágio foi satisfatória e com participação ativa do docente, o que favoreceu a articulação da teoria com a prática.

[...] a minha carga horária de estágio foi extensa, aproveitada [...] o que via na sala de aula era cobrado e ele [professor] estava do lado ali para estar sinalizando, para estar interferindo quando preciso, eu acho que dava para relacionar a teoria com a prática [...] (Ent. 26).

Este depoimento revela que a carga horária do estágio e o acompanhamento do docente foram fatores importantes para a aplicação e aprimoramento dos conhecimentos construídos em sala de aula, o que favoreceu a inter-relação da teoria com a prática.

Ressaltamos que as DCNs/ENF determinam que a carga horária destinada ao ECS deve ser implementada no último ano da graduação com 20% da carga horária total do curso, após os discentes cursarem disciplinas teóricas e práticas no decorrer de sua formação. A não valorização do ECS como estratégia pedagógica pode acarretar lacunas no processo de aprendizagem e até mesmo a desvalorização do ensino superior em razão da sua importância para o desenvolvimento do pensamento crítico, para a atuação clínica e, conseqüentemente para a melhoria da qualidade da formação (BRASIL, 2001a; MARRAN; LIMA; BAGNATO, 2015).

Todavia, segundo Esteves et al. (2018) não há pesquisas na literatura nacional que evidenciem a maneira como está sendo operacionalizado o ECS nos cursos de enfermagem no que se refere à carga horária utilizada a esse momento da formação, à qualificação do corpo docente para atuar na complexidade dessa disciplina, às contribuições do ECS para a prática do enfermeiro e até se os cursos de graduação em enfermagem tem realizado o ECS ou apenas práticas clínicas ao final da graduação.

Dado o exposto, é preciso que ocorra o cumprimento da deliberação da DCNs/ENF quanto a estruturação dos cursos de graduação em enfermagem, com destaque para o cumprimento da carga horária e organização metodológica da disciplina ECS, com o objetivo do discente ser inserido na dinâmica das práticas de cuidado do enfermeiro.

Outro aspecto a ser analisado é que a sobreposição de atividades aliada à restrição de carga horária da disciplina ECS, também pode indicar que estas atividades estejam ocorrendo sem espaço para a reflexão e discussão das mesmas, o que contraria o objetivo de formar enfermeiros críticos e reflexivos, capazes de imprimir mudanças no contexto que estão inseridos.

O ECS é um dos elementos primordiais na formação do enfermeiro e deve buscar a ressignificação dos conhecimentos construídos ao longo da trajetória acadêmica, por meio do desenvolvimento do raciocínio crítico, das habilidades de comunicação, da liderança, da tomada de decisão e da capacidade de identificar problemas analisando-os criticamente para propor soluções mediante situação vivenciada no mundo real do trabalho (ESTEVES et al., 2018).

As DCNs/ENF representaram um avanço na reestruturação da formação do enfermeiro e expressam a tentativa de acompanhar as políticas econômicas e sociais do país. Contudo, na

atualidade, nos deparamos com os desafios da formação profissional em consonância com seus objetivos e com a necessidade de ruptura com o modelo tecnicista, presente na formação do enfermeiro ao longo de sua história (SORIANO et al., 2015).

No estudo, alguns entrevistados relataram que sua formação foi direcionada pelos aspectos técnicos em detrimento da aprendizagem voltada para o contato com os usuários

[...] faltou a gente ter mais contato com o paciente [...] quando você for trabalhar, você vai estar diretamente com o paciente [...] acho que a questão do tempo, eu me lembro bem que cobrava muito [...] tinha momentos que parece que a gente só vivia preenchendo ficha [...] como se o paciente não fosse a coisa mais importante [...] a gente não podia ter conversa porque o outro paciente estava lá fora, enquanto isso a gente tinha inúmeras fichas [...] (Ent. 1).

[...] o estágio na atenção básica, não é nem que seja mais prolongado, mas acho que a consulta repetitiva, são os mesmos casos, por exemplo, hiperdia a gente atende 12 daquela mesma coisa, então aquilo ali capacita a gente melhor [...] (Ent. 10).

[...] a graduação, ela embasa a gente enquanto enfermeiro técnico [...] quando a gente vai partir para a realidade, é um impacto muito grande [...] na graduação o que mais exige é se você vai fazer um manejo da forma correta [...] o docente, ele quer saber se o discente [...] está pegando uma veia correta [...] E quando a gente sai dali a gente vê que [...] tem muita coisa por trás disso. Qual a forma correta de você lidar com público? [...] Eles não capacitam a gente [...] para a realidade da comunidade [...] quando a gente está no estágio supervisionado, o professor [...] está ali para saber se você vai escrever corretamente o nome do exame [...] mas em relação [...] o lidar com o usuário, eu acho que não houve não [...] (Ent. 23).

Os depoimentos parecem indicar que durante o estágio não foi priorizado o diálogo com o usuário em decorrência dos discentes terem que equacionar o tempo para realizar a consulta de enfermagem com a quantidade elevada de usuários e de formulários a serem preenchidos, o que pode ter ocasionado um aprendizado mecânico, com ênfase na repetição de condutas e com características de desvalorização da singularidade dos usuários, sobretudo aqueles com diagnóstico de hipertensão e diabetes.

Os entrevistados também apontaram que a formação priorizou o embasamento técnico, não lhes preparando satisfatoriamente para a interação com o usuário e a comunidade, tendo em vista que os docentes, principalmente da disciplina ECS, enfatizaram os conhecimentos relativos a escrita correta dos exames e o manejo adequado para realização de procedimento, parecendo não orientar o discente quanto a importância do diálogo com o usuário.

Por sua vez, um dos entrevistados evidenciou que, embora a formação pareça privilegiar os aspectos técnicos da prática de cuidado do enfermeiro, a atuação deste profissional precisa buscar o equilíbrio das técnicas inerentes à profissão com o cuidado humanizado, pois o foco principal da enfermagem é o cuidado ao ser humano.

[...] a universidade ela preza muito a parte técnica, mas claro que a gente não pode deixar de ser humano perante a nossa profissionalização [...] mas têm profissionais que atuam muito tecnicamente e esquece um pouco desse lado humano, que você está lidando com o ser humano [...] então dentro do limite técnico a gente tenta ter aquela questão, do olhar humano [...] (Ent. 13).

Podemos inferir a partir desses relatos que as atividades do estágio nos serviços de saúde podem ter sido influenciadas pela ênfase em procedimentos e consultas destituídos do reconhecimento da importância do diálogo com os usuários, o que não favoreceu o desenvolvimento do agir crítico, reflexivo e comprometido com a dimensão do cuidar.

Coadunando com estes achados, Silva, Miranda e Saraiva (2016) identificaram que as atividades de estágio de discentes do curso de enfermagem de uma universidade do Rio Grande do Norte foram conduzidas pela reprodução de técnicas. Os docentes exigiam a aquisição de habilidades, o que culminou em uma aprendizagem essencialmente curativista, centrada na realização de procedimentos, em ações fragmentadoras e individualizada que não possibilitaram a intervenção nas demandas e necessidades de saúde da população.

Torna-se relevante que não se reproduzam ações que limitem o corpo de conhecimentos da enfermagem apenas a habilidades técnicas, sendo necessário que sejam ensinadas e realizadas práticas que reafirmem a centralidade da vida humana como essência do cuidado por meio do raciocínio crítico e científico, do olhar criterioso sobre as pessoas e pela dimensão ética de suas práticas, para que suscitem mudanças no contexto de saúde das pessoas (RODRÍGUEZ; CUEVAS; CABRERA, 2017).

Vale lembrarmos ainda que além do conhecimento científico e tecnológico, a formação dos profissionais de saúde envolve o desenvolvimento de conhecimentos humanísticos e sociais que permeiam o processo de cuidar, tendo em vista que o cuidado em saúde implica na capacidade de atender às necessidades do outro e de si mesmo, nas relações com as pessoas e no contato com o outro (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Contudo, a formação dos profissionais de saúde, por vezes, apresenta-se de forma medicalizante, procedimento-centrada e tecnicista, com ênfase na aprendizagem de conteúdos e no corpo biológico, com características do modelo biomédico que desvaloriza as subjetividades e os outros saberes que operam no campo da saúde (FEUERWERKER, 2002; MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2016).

Nessa direção, é importante que os docentes do curso de graduação em enfermagem em suas aulas teóricas e principalmente nas atividades práticas e de estágio desenvolvam a criticidade para que os discentes se tornem enfermeiros éticos, reflexivos, humanizados e

capazes de realizar práticas de cuidado que possam impactar na vida da comunidade (DIAS et al., 2018).

A repetição de procedimentos e técnicas não é suficiente para o aprendizado e para a produção do cuidado com qualidade, o que gera a necessidade de docentes e discentes refletirem criticamente sobre o processo de formação com a finalidade de reconstruir e ressignificar tanto o ensino quanto as práticas do enfermeiro (BRITO; ROZENDO; MELO, 2018).

Torna-se imprescindível avançar para uma formação que ultrapasse a reprodução nos modos de ensinar e aprender embasadas em práticas tradicionais, centralizadas na figura do docente e na transmissão de conhecimentos, para que ocorram mudanças significativas nas quais o enfermeiro, desde a graduação, seja instigado a valorizar o cuidado aos usuários e a pensar e agir criticamente e, assim, possam se tornar sujeitos ativos em sua formação.

Ademais, é preciso legitimar o cuidado como essência da formação do enfermeiro, considerando que o cuidado se constitui em pedra angular do seu ser e fazer, no intuito de contribuir para valorização e ressignificação do cuidado como eixo estruturante das suas práticas (SANTOS, F. et al., 2016).

Um estudo realizado com profissionais da ESF evidenciou que a APS apresenta-se com ações fragmentadas e as equipes restritas à coordenação do cuidado, coadunando com outras pesquisas que indicam o cumprimento de tarefas mecanicistas e de produção de atendimentos, o que contraria a lógica do cuidado centrado nas necessidades de saúde dos usuários (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; GARNELO et al., 2014; CAMPOS et al., 2014).

Estes achados da literatura podem estar relacionados com a formação dos profissionais de saúde, uma vez que a maneira como ocorre a formação destes profissionais influencia decisivamente para que suas práticas sejam realizadas numa perspectiva biologicistas ou baseada nas necessidades dos usuários (MATTIA; KLEBA; PRADO, 2018).

Nessa direção, o cuidado se configura em fenômeno que, ao ser valorizado na formação do enfermeiro, poderá interferir significativamente para a superação de ações fragmentadas e descontextualizadas na APS bem como poderá potencializar o reconhecimento da enfermagem como prática social alicerçada no cuidar.

Entretanto, alguns cursos de graduação em enfermagem no Brasil formam profissionais com uma visão fragmentada, norteados pelo modelo biomédico, voltado para as questões técnicas e para doenças, com conteúdos desarticulados da realidade e centrados no docente, tornando um desafio a responsabilidade do cuidar, pois a atenção que precisa ser

disponibilizada para o ser humano, muitas vezes, não se concretiza na formação nem nas práticas destes profissionais (ARAÚJO et al., 2018; CHICHARO et al., 2016).

Nesse sentido, estudos evidenciam que a reprodução do modelo tradicional de ensino, ainda presente no imaginário de alguns docentes que tiveram tal modelo em sua formação, geram dificuldade na formulação dos planos de ensino das disciplinas, por ainda trabalharem com conceitos e práticas tradicionais (SORIANO et al., 2015; CHAVES, 2014).

Dado o exposto, é preciso encontrar estratégias eficazes a partir do diálogo entre os envolvidos no processo de formação, principalmente entre docentes e discentes, para não ocasionar um aprendizado dicotomizado, tendo em vista que a formação tem a responsabilidade social de contribuir para que o enfermeiro tenha capacidade de desenvolver práticas que possam intervir de maneira efetiva nos diversos contextos dos serviços de saúde da APS e na melhoria da qualidade de vida da população.

O docente, a partir dos seus conhecimentos científicos e experiência profissional, precisa ter a responsabilidade de conduzir a formação do enfermeiro de forma crítica e reflexiva, principalmente nas atividades das disciplinas práticas e de estágio, para não limitar essas atividades ao cumprimento de ações burocráticas, técnicas e procedimentos.

Também ressaltamos que a formação acadêmica do docente e sua experiência profissional, ou até mesmo sua inexperiência profissional, pode interferir na maneira como conduzirá suas ações no processo de formação do enfermeiro, gerando ações que contribuem ou não para que a aprendizagem ocorra de forma significativa.

Nessa direção, um dos participantes do estudo revelou que durante sua formação o docente da disciplina ECS não possuía experiência nesta disciplina nem no campo da APS, ocasionado prejuízos para sua aprendizagem.

[...] professor que não era da disciplina, que não tinha experiência na área [APS] que estava ali fazendo estágio com a gente, que não tinha experiência nenhuma, nenhuma, nenhuma e que admitia que não tinha experiência, mas que ia fazer o estágio, então aquilo ali prejudicava a gente [...] (Ent. 1).

Este depoimento aponta que a falta de experiência do docente na disciplina ECS e na APS, interferiu negativamente para sua aprendizagem e embora o docente tenha admitido a sua inexperiência não parece ter ocorrido um diálogo propulsor de adequações benéficas à aprendizagem do entrevistado.

Este relato também sinaliza a necessidade de melhor direcionar os docentes às disciplinas de acordo com sua experiência profissional para que um momento tão relevante como o estágio possa ser vivenciado com o máximo de aproveitamento de aprendizagem.

Na ótica gadameriana, as experiências que acontecem ao longo da vida das pessoas têm potencial que precede a cientificidade, uma vez que a experiência, embora não seja ciência, é vista como um saber amplo que impulsiona saberes geradores de novas possibilidades.

Ademais, o aprender e o ensinar estão relacionados com os modos de fazer de cada pessoa, pois a aprendizagem não é uma operação intelectual de acumulação de informações e sim uma construção coletiva a partir de diferentes vivências e visões de mundo (CECCIM, 2007).

Acreditamos ser primordial que o docente das disciplinas práticas e de estágio articule seus conhecimentos teóricos àqueles construídos em sua trajetória profissional, considerando que o contato com os usuários e outros profissionais dos serviços de saúde lhe proporcionará diferentes saberes que irão agregar novas aprendizagens que se tornarão um diferencial no exercício da docência.

Por sua vez, no estudo alguns entrevistados relataram que a atuação docente possibilitou uma aprendizagem teórica e prática bastante satisfatória

[...] eu sempre me reportava a esses professores para poder me orientar e tomar uma decisão melhor, eles sempre me aconselhava a estudar mais, fazer pesquisa, desenvolver atividades fora da universidade [...] esses professores me fizeram compreender o que significa cuidar, que não era algo matemático, físico ou químico, era algo que eu precisava fazer para melhorar a qualidade de vida do outro [...] (Ent. 9).

[...] eu tive um professor de estágio muito bom [...] a gente estudava muito para [...] atender, a gente não ia para ali atender sem conhecimento não e após todas as atividades, a gente sempre sentava para discutir casos e ele sempre questionava a parte teórica [...] a gente via que era habilidoso, que tinha esse conhecimento, acho que estimulava a gente buscar também [...] (Ent. 10).

[...] eu tive bons professores em minha época, então contribuiu, vamos dizer, 70% do que eu sou hoje porque eu tive uma formação boa [...] (Ent. 15).

[...] as professoras elas incentivaram muito e cobraram da gente [...] a gente teve realmente professores excelentes que conduziu muito bem [...] a nossa prática no PSF, na época, o estágio supervisionado [...] a gente participou muito bem de todos os momentos [...] a professora orientava muito no momento da consulta [...] a gente teve aquele acompanhamento mesmo da professora [...] eu acho que isso foi muito importante [...] se eu tivesse fazendo uma coisa errada quando o paciente saísse ela ia falar, ia me apontar e eu ia procurar ler, estudar alguma coisa que fosse necessário para complementar aquilo que eu não estava sabendo [...] (Ent. 20).

Estes relatos apontam que o docente demonstrava conhecimento e habilidade para acompanhar a disciplina ECS, suscitando contribuições para a formação dos entrevistados no que concerne à tomada de decisão, ao estímulo para a busca do conhecimento proveniente da

teoria e o envolvimento com pesquisas, o que estimulava futuros enfermeiros a esforçarem-se pela busca de conhecimentos.

Os entrevistados também evidenciaram que os docentes conduziram as atividades práticas e de estágio na ESF com cobrança, incentivo e orientações, principalmente durante e após as consultas de enfermagem, sendo considerado um acompanhamento muito importante por proporcionar aprimoramento no seu desempenho sem causar constrangimento.

Uma pesquisa realizada com docentes de uma universidade pública do sul do Brasil identificou que o diálogo entre docentes e discentes favorece uma relação de reciprocidade entre estes sujeitos suscitando reflexões sobre as ações a serem realizadas pelos discentes no campo de prática, a avaliação crítica sobre o cuidado produzido e a necessidade de aperfeiçoamento dos conhecimentos, o que promove resultados satisfatórios para docentes, discentes e usuários (LIMA, M. et al., 2016).

Nessa direção, a relação docente-discente com base no conhecimento e desenvolvimento de atitudes e ações éticas favorece o aprendizado significativo na perspectiva da compreensão da articulação indissociável da teoria com a prática, de modo a impulsionar a construção de um profissional comprometido com a profissão e com a essência do cuidar (ENDERLE et al., 2018).

Mediante o exposto, podemos inferir que a atuação docente permeada pelo estímulo aos discentes, a habilidade no processo de cuidar, a ética e o diálogo são elementos que contribuem significativamente para a qualidade no processo de formação do enfermeiro.

3.3 Categoria 3: Integração ensino-serviço-comunidade no contexto da formação do enfermeiro

Esta categoria relata as potencialidade e fragilidades da integração ensino-serviço-comunidade a partir da experiência dos participantes do estudo, considerando sua atuação nas unidades de saúde da APS, que na sua maioria, são utilizadas como campo de prática e de estágio dos cursos de graduação em enfermagem existentes no município pesquisado.

A integração ensino-serviço-comunidade se configura em um dos princípios das disciplinas práticas do curso de enfermagem, sobretudo a disciplina ECS, uma vez que propicia oportunidades de aprendizagem com criticidade a partir da crescente complexidade dos serviços de saúde e pela visão ampliada dos DSS no sistema de saúde, instigando o

discente a desenvolver habilidades e conhecimentos essenciais para o processo de cuidar e de gerenciar conflitos (NEVES; SANNA, 2016; LIMA, C. et al., 2016; IGLESIAS-PARRA et al., 2016).

Entre os aspectos destacados pelos entrevistados, foi relatado que alguns docentes não têm evidenciado experiência profissional e parece não possuir compromisso com a profissão e com a docência, o que pode dificultar o processo de integração ensino-serviço.

[...] a gente percebe que, às vezes, o professor fica batendo papo, fica conversando [...] os alunos agradecem por que às vezes estão querendo mais se divertir do que aprender realmente [...] usuário, às vezes, reclamavam por que os alunos ficavam, às vezes, na sala sozinhos [...] às vezes, [...] ele [professor] não tem experiência nenhuma [...] termina faltando a informação que o aluno precisa [...] então deveria ser pré-requisito para o professor que ele tivesse uma experiência na área [...] talvez ele vir para cá trabalhar junto com o enfermeiro [...] treinar esse professor no PSF [...] se ele já atuou com PSF [...] ele já tem experiência, mas se ele nunca atuou, a faculdade deveria buscar junto a prefeitura ou ao órgão responsável essa parceria desse professor vir fazer um estágio primeiro no PSF para depois ele atuar como professor de estágio da área [...] eu acho que a forma de se resolver seria botando esse professor para fazer esse treinamento antes dele ir treinar [...] (Ent. 8).

O depoimento evidencia que o docente da disciplina ECS não acompanhou satisfatoriamente os discentes, deixando-os realizar o contato direto ao usuário sem sua supervisão além de não possuir experiência na ESF, fato que levou o entrevistado a inferir que este docente deveria ser submetido a uma vivência nessa Estratégia antes de acompanhar o estágio, por entender que sua falta de experiência compromete o aprendizado do discente.

Contudo, essa vivência sugerida pelo entrevistado 8 parece assumir o caráter de treinamento que a nosso ver descaracteriza o potencial crítico que o docente precisa evidenciar em suas ações junto aos desafios apresentados nos serviços de saúde, de maneira que o discente seja instigado a desenvolver sua capacidade crítica e reflexiva.

Com efeito, um treinamento não propicia o conhecimento que seja semelhante a experiência construída durante a trajetória profissional do docente que atua, ou atuou, como enfermeiro da APS, tendo em vista que o treinamento possui caráter pontual, por vezes, destituído de criticidade, sendo pouco efetivo para o docente desenvolver embasamento para atuar no processo de formação de futuros enfermeiros.

O entrevistado também indica que a conduta descomprometida do docente coopera para que os discentes apresentem uma postura de imaturidade e desinteresse frente à necessidade de aprendizagem que deveria ser proporcionada pelo estágio.

Este relato nos leva a refletir sobre a importância do docente assumir uma postura ética perante os discentes, usuários e profissionais das unidades de saúde, tendo em vista sua

responsabilidade na formação dos discentes, no cuidado à saúde dos usuários que são acompanhados durante os estágios e no processo de articulação junto aos profissionais envolvidos na integração ensino-serviço.

Para a hermenêutica filosófica, o saber ético promove o viver corretamente que impulsiona o homem a buscar aquilo que é justo, transparente e legítimo no seu comportamento, colocando o homem em confronto com a tarefa de encontrar o que é adequado numa situação concreta para um determinado produzir permeado pela responsabilidade do seu agir comprometido com o outro (GADAMER, 1997; FLICKINGER; 2010).

Um estudo realizado em Santa Catarina evidenciou que os discentes de cinco cursos de graduação em enfermagem questionaram o comprometimento dos docentes no processo de integração ensino-serviço, além de apontarem que os docentes apresentam fragilidades na compreensão sobre a maneira como se processa na prática essa integração (BREHMER; RAMOS, 2014).

Os docentes da disciplina ECS precisam realizar uma autoavaliação para identificarem se suas práticas são assertivas ou não, se sua atuação docente tem suscitado transformação e formação para o SUS bem como refletir sobre os aspectos que podem ser aprimorados na sua relação com os discentes e profissionais das unidades de saúde nas quais desenvolve o estágio (SANTOS, J. et al., 2016).

É relevante que os docentes do curso de graduação em enfermagem sejam comprometidos com a formação política do discente por meio de uma atuação que privilegie o processo de fazer questionamentos, de escutar e de ajudar o discente a se expressar, numa aproximação verdadeira, permeada pelo diálogo, que rejeita as relações mecanizadas entre docentes e discentes (GONZÁLEZ-HERNANDO et al., 2015; SANTOS et al., 2014).

Entretanto, o entrevistado 27 entende que atualmente alguns docentes não têm apresentado comprometimento, afetividade e dedicação com a enfermagem, o que pode comprometer a qualidade de sua atuação docente

[...] hoje também você percebe que você não tem os profissionais [docentes] comprometidos, pelo menos como tinha no meu tempo, muito comprometido, você via que tinha amor naquilo que fazia, que se dedicava [...] os professores também deixam hoje a desejar, não sei se são todos, claro que isso a gente não generaliza [...]
(Ent. 27).

As possibilidades de concretizar a integração ensino-serviço como parâmetro para a rearticulação da teoria-prática apresenta-se como uma questão complexa e desafiadora,

mediante as dificuldades inerentes ao processo formativo de profissionais que irão atuar na APS, uma vez que a prática docente pode apresentar-se como um dos elementos que dificulta esse processo (LIMA, C. et al., 2016).

O docente de enfermagem precisa atuar como organizador e estimulador do desenvolvimento do conhecimento para incentivar o discente à criação do saber, sobretudo no ECS, considerando que esta disciplina se constitui em um momento de junção entre o saber e o fazer que irá direcionar os discentes a uma atuação mais crítica e criativa (CARREIRO et al., 2015; SANTOS, J. et al., 2016).

Uma pesquisa realizada com docentes do curso de graduação em enfermagem de uma universidade do interior do estado de São Paulo identificou que a reflexividade crítica de docentes e discentes sobre a prática é fundamental para se repensar a formação, pois pode gerar a possibilidade de comprometimento com a ação produtora de mudanças que visem às práticas transformadoras na formação e na atenção à saúde (ARAÚJO; GEBRAN; BARROS, 2016).

Nessa direção, é necessário que os docentes da área de saúde incorporem à sua prática atitudes e valores éticos, políticos e a sensibilidade para compreender a condição humana e cidadã aliada aos conhecimentos técnicos e científicos (ARAÚJO; GEBRAN; BARROS, 2016).

A prática docente deve ser embasada em conhecimento científico aliado ao reconhecimento da subjetividade inerente ao processo de cuidar, sendo imprescindível que os discentes sejam orientados a desenvolver o pensamento crítico-reflexivo e criativo, comprometido com a valorização do seu processo de formação profissional.

Nessa direção, a capacidade de reflexão crítica de docentes e discentes é fundamental para se repensar a formação, no intuito de impulsionarem ações transformadoras que sejam capazes de colaborar para a construção de profissionais comprometidos em produzir as mudanças no contexto do SUS.

Contudo, os entrevistados também relataram que durante a atuação nas unidades de saúde, os discentes têm apresentado algumas fragilidades em seus conhecimentos teóricos, na iniciativa, no cumprimento dos horários estabelecidos, no uso do vestuário adequado, no respeito aos profissionais da unidade e nas anotações no prontuário.

[...] a gente percebe quando o aluno ele chega aqui [unidade de saúde] com conhecimento teórico [...] mas não, quando ele não tem nem o teórico [...] não sabe escrever no prontuário [...] não sabe coisas básicas [...] porque eles não estavam tendo domínio [...] e teve paciente que se recusou a entrar na sala [consultório de

enfermagem] [...] e falou que se eu não fosse atender, infelizmente ele ia embora [...] (Ent. 1).

[...] eu vejo que hoje os meninos [discentes] não têm tanta iniciativa, não se preparam tanto, não estudam tanto, chegam muito atrasados, não se vestem adequadamente, não respeitam, muitas vezes, o profissional que está com ele, o usuário, eu acho que é um pouco de descaso [...] não são todos, mas a maioria [...] até na hora que eles vão escrever alguma coisa no prontuário [...] Quando eu vejo aqueles erros grosseiros de ortografia [...] como é que a universidade vai ensinar o povo [discente] a escrever? Ensinar o povo a ter interesse pelas coisas? Eu não sei como é que eles vão agir, é um negócio tão problemático [...] (Ent. 20).

Os depoimentos dos entrevistados também denotam que estas fragilidades têm lhes ocasionado certa preocupação pela não aceitação dos usuários em realizar consulta de enfermagem com os discentes em virtude da falta de segurança dos mesmos.

O processo de integração ensino-serviço pressupõe a corresponsabilização e participação ativa de docentes, discentes e profissionais de saúde. Porém achados da literatura indicam a ausência de uma consciência crítica dos discentes sobre o seu compromisso com o processo ensino-aprendizagem participativo na perspectiva de uma formação crítica-reflexiva (BREHMER; RAMOS, 2014).

É importante que, durante sua formação, o discente seja instigado a analisar e atuar criticamente no contexto que está inserido no intuito de colaborar com a construção de um perfil profissional comprometido e ético ao cuidar do ser humano e ao se relacionar com os demais profissionais de saúde.

Nessa direção, os conhecimentos teóricos e o raciocínio clínico não são suficientes para que a formação do enfermeiro seja crítica, reflexiva e com elo entre teoria-prática. É fundamental que ocorra aproximação do discente com o dia a dia do enfermeiro e também com os usuários para fomentar que os discentes construam o senso de dever, responsabilidade e compromisso com o cuidado às necessidades de saúde da população, com foco no cuidado humanizado e ético (KOLH; LIMA; REIBNITZ, 2014; DUARTE et al., 2017; SILVEIRA et al., 2014).

Os entrevistados também apontaram que as fragilidades apresentadas pelos discentes requer acompanhamento e análise por parte das instituições responsáveis pela formação do enfermeiro.

[...] estudantes que chegam na prática sem saber fazer uma anamnese, sem relatar em prontuário a anamnese, erro de português [...] isso não é uma falha que tem que acontecer aqui [unidade de saúde]. Essas dificuldades tem que ser tratadas lá na faculdade, em laboratório, em disciplinas para eles já chegarem aqui sabendo [...] eu até já sinalizei a professora para dar uma cobrança nisso aí porque está demais [...] eu tenho certeza que as falhas que existem não são falhas intencionais [...] ou não sabe

ou não teve conhecimento ou não teve acesso [...] porque eles estão aqui enquanto estudantes, mas eles vão ser profissionais [...] (Ent. 13).

[...] a maioria dos meninos [discentes] [...] não tem essa iniciativa [...] não sei se tem que ter um rigor com professor colado com esse aluno [...] avaliação cada vez mais contundente [...] reprovar o aluno [...] atividades avaliativas mais rigorosas e o professor tem que se desdobrar porque na minha época o professor trabalhava muito, mas não tinha necessidade de estar se desgastando tanto por que a gente tinha iniciativa [...] parece que os meninos [...] estão ali por “formar por formar”, não sei que tipo de profissional a gente vai ter no futuro [...] (Ent. 20).

[...] turmas grandes e que às vezes você não consegue fazer todos os procedimentos [...] tinha que ver a questão de coordenação do curso, em metas, estratégia [...] ter mais avaliações [...] descobrir a falha dele [discente], em que disciplina ou em que aspecto é para ser trabalhado [...] não se pode botar qualquer tipo de profissional no mercado para assistir a saúde de ninguém, [...] mas aí a gente tem que saber avaliar esses alunos [...] “fulano passa ou repete” [...] “Vamos passar ele, mas paralelo ele vai fazer um reforço com tal disciplina, uma optativa” [...] e aí eu fico pensando em que momento é que há essa falha que o aluno consegue chegar até não sei quantos semestres com tanta defasagem? [...] Ninguém viu? [...] (Ent. 27).

Estes depoimentos evidenciam que as fragilidades apresentadas pelos discentes podem estar relacionadas a falta de acesso ao conhecimento teórico e as oportunidades insuficientes de aprendizagens, sobretudo de realização de procedimentos, o que podem ser ocasionadas pelo número elevado de discentes das turmas dos cursos de graduação em enfermagem.

Os entrevistados também parecem indicar que a falta de iniciativa e desinteresse do discente podem exigir maior envolvimento dos docentes e um acompanhamento mais criterioso das IES, que poderiam elaborar estratégias, a exemplo de avaliações mais rigorosas, realização de atividades em laboratório e de reforço para aprimorar os conhecimentos dos discentes e, principalmente, identificar as possíveis dificuldades precocemente para que não passem despercebidas ao longo da trajetória acadêmica do discente.

Tais circunstâncias parecem gerar reflexões ao enfermeiro que atua na APS a respeito do papel das IES. Estas devem propiciar uma formação de qualidade no intuito dos discentes desenvolverem compromisso com a profissão, uma vez que o enfermeiro possui a grande responsabilidade de cuidar da vida humana.

Ademais, as IES juntamente com os docentes e discentes precisam elaborar estratégias que possam superar os novos desafios que surgiram em virtude da melhoria do acesso à universidade, aumento do número de vagas e instituição de cotas (GATTO JÚNIOR; ALMEIDA; BUENO, 2015).

Contudo, é necessário observar que essas estratégias não podem estar atreladas a uma postura docente impositiva e pautada em avaliações pontuais, pois não contemplariam os propósitos de uma formação com caráter dialógico, crítico e emancipador.

As IES possuem a responsabilidade de formar enfermeiros, cidadãos que atuem de maneira crítica e propositiva no sistema de saúde, além de serem capazes de agir em conformidade com os princípios éticos da profissão (KOLH; LIMA; REIBNITZ, 2014).

Nesse sentido, as IES precisam proporcionar embasamento teórico-prático para possibilitar que os discentes, ao serem inseridos nos serviços de saúde, possam aprimorar seus conhecimentos e após a conclusão da graduação consigam ter desenvolvido habilidades e competências para a realização das práticas de cuidado inerentes à profissão bem como a criticidade necessária para atuar na realidade concreta destes serviços.

Torna-se indispensável que as IES estimulem o futuro enfermeiro a desenvolver características e atitudes relevantes ao seu perfil profissional, entre as quais se destacam a responsabilidade, honestidade, criatividade, autonomia, disciplina, confiança, discernimento, intuição, tolerância, proatividade, justiça, praticidade, respeito à diversidade, coragem, paciência, persistência, flexibilidade, empatia e capacidade reflexiva (AMORIM; SILVA, 2014).

No entanto, a consolidação dessas características e atitudes se configura em um desafio que requer o diálogo com os discentes para assegurar sua participação efetiva na elaboração de mecanismos que possam cooperar para a (re)construção da sua formação, por meio da escuta atenta das potencialidades, fragilidades e expectativas dos discentes bem como estimular sua corresponsabilização neste processo para que possam desencadear as mudanças necessárias à sua formação profissional.

Nessa direção, foi destacado que o discente deve ter uma postura proativa frente ao processo de sua formação profissional.

[...] eu gosto quando tem estudante na unidade, este último grupo que passou aqui na unidade, os estudantes presentes mesmo, gostavam de participar, de fazer atividade educativa [...] isso é importante porque você o aluno buscando o conhecimento, o aprendizado [...] (Ent. 7).

[...] depende muito do aluno, o aluno precisa querer também porque tem docentes que estão ali, fazendo a parte deles, mas a captação daquilo ali depende do aluno, se ele quer ou não absorver aquilo ali [...] depende muito do aluno querer buscar essa melhoria nesse ser profissional [...] (Ent. 13).

[...] você ir para uma faculdade não é garantia que você vai sair dali profissional [...] mas é você realmente se comprometer com aquilo que você se dispôs [...] principalmente a área de saúde, é você realmente se colocar enquanto pessoa ativa [...] é você se colocar como ser atuante na faculdade [...] (Ent. 17).

Estes depoimentos enfatizam que o processo de aprendizagem requer participação ativa, permeada pela iniciativa, interesse e compromisso dos discentes, através da busca pelo

conhecimento na sala de aula e nas unidades de saúde, com o objetivo de obter o melhor aproveitamento possível dos conteúdos teóricos e das atividades práticas e de estágio.

É premente a necessidade de a formação fomentar que os discentes ampliem o eixo de visão do seu fazer, pensar e agir para atuarem como sujeitos históricos, capazes de suscitar mudanças na sociedade e promover qualidade de vida aos usuários (VILA et al., 2016).

Nessa direção, é salutar que os discentes compreendam a relevância do subsídio teórico-prático que são proporcionados pelas disciplinas desde o início do curso para que seja desenvolvida a capacidade do exercício competente e seguro do cuidado (ANDRADE et al., 2018).

Além disso, os discentes precisam valorizar sua inserção nos serviços de saúde, pois a (re)orientação da formação profissional está interligada aos cenários da APS. Em virtude destes cenários terem potencial para propiciar a vivência de práticas inovadoras, a tomada de decisão com criatividade e a formação de um profissional mais consciente de seu papel social pode contribuir para ações mais ampliadas na área da saúde, com melhores perspectivas para a formação em enfermagem (CARÁCIO et al., 2014; LIMA; VIEIRA; COSTA, 2014).

Nessa direção, os entrevistados sinalizaram que a inserção dos discentes de enfermagem no cotidiano das unidades de saúde pode proporcionar contribuições significativas para a equipe de saúde, usuários e comunidade.

[...] às vezes, um exame de um estudante é mais bem feito do que o do profissional [...] elas [discentes] estão sempre contribuindo, fazendo sala de espera [...] acolhem muito mais o paciente do que os próprios funcionários da casa, eu percebo [...] o tratar delas com a comunidade [...] a comunidade também gosta dos estudantes [...] há uma troca, tem coisas que a comunidade relata para os estudantes que os estudantes trazem para a gente, é importantíssimo um estudante na unidade, ele faz a diferença [...] (Ent. 18).

[...] eles [discentes] somam principalmente na [...] promoção, os estudantes, eles conseguem [...] ter uma resposta boa porque não só na sala de espera [...] eles fazem [...] visitas [...] eles conseguem dar um retorno maior ao paciente [...] eles contribuem muito para a organização do serviço, inclusive eles têm ideias interessantes para organizar alguns setores [...] eu acho que é bastante interessante [...] (Ent. 19).

Os entrevistados destacam que a presença do discente na unidade de saúde pode propiciar um diferencial ao cotidiano das unidades de saúde, pois eles auxiliam com sugestões e ações para organização dos serviços, realização de atividades educativas, visitas domiciliares, exames físicos com qualidade e acolhimento aos usuários, assumindo, por vezes, a interlocução entre os usuários e os membros da equipe de saúde.

Esses depoimentos nos leva a inferir que se os discentes tiverem um embasamento adequado para desenvolver ações nas unidades de saúde, gerar-se-iam experiências exitosas de integração ensino-serviço para o enfermeiro que atua na APS. A formação deve assegurar que os discentes, ao realizar suas atividades nos serviços de saúde, tenham sido previamente preparados para atuar com competência técnica, científica, crítica e relacional para analisar e atuar de forma eficaz nas diversas situações vivenciadas no contexto da APS.

Os depoimentos também parecem indicar que os usuários se sentiram acolhidos pelos discentes, revelando a importância da formação articular o conhecimento científico à valorização da singularidade dos usuários e dos DSS. Estes aspectos ocasionaram satisfação aos usuários e ao enfermeiro além de gerar vivências que podem estimular os discentes a construir um perfil profissional comprometido com o cuidado integral e com o reconhecimento da enfermagem como prática social.

Os propósitos do acolhimento requerem habilidades de escuta, diálogo, vínculo e confiança com a comunidade bem como o comprometimento de todos os profissionais ao desenvolverem práticas acolhedoras no intuito de impulsionar mudanças que possam repercutir de forma satisfatória no cuidado aos usuários (HENTGES; COGO, 2017).

Tal perspectiva exige do enfermeiro compromisso profissional e pessoal para desenvolver práticas que ocasionem melhoria na qualidade de vida dos usuários, devendo aplicar seu conhecimento científico sem deixar de se reconhecer como ser humano a fim de que suas práticas de saúde colaborem com a transformação da realidade encontrada e o fortalecimento do vínculo com a comunidade.

Portanto, a formação do enfermeiro deve fomentar práticas renovadas, norteadas pelas necessidades de saúde dos usuários e pela dimensão relacional do cuidar em substituição às ações prescritivas e descontextualizadas da realidade vivenciada pelos usuários.

A formação para a área da saúde não se limita a gerar profissionais para assumir os serviços de saúde, pois as práticas de saúde perpassam pela escuta e a interação entre profissionais de saúde e usuários que são determinantes para a qualidade da resposta assistencial (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Nesse sentido, as DCNs/ENF ressaltam que a integração ensino-serviço se constitui em ferramenta para a formação de profissionais embasados na visão biopsicossocial do usuário e na compreensão da APS como espaço primordial para a efetivação de novas práticas de cuidar no nível primário do sistema público de saúde (BRASIL, 2001a; LIMA, C. et al., 2016).

Estudos ressaltam que apenas a competência técnica não assegura a instrumentalização necessária para as questões sociais e o cuidado integral, sendo pertinente a integração ensino-serviço para efetivar a teoria por meio da prática, pois os serviços de saúde se configuram em espaços concretos de vivências na formação direcionada para o SUS (SILVEIRA; GARCIA, 2015; BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

Assim, a formação do enfermeiro possui a potencialidade de impulsionar que este profissional desenvolva o pensamento crítico-reflexivo e criativo, comprometido com as repercussões do contexto social para a saúde dos usuários tendo a responsabilidade de estimulá-los a utilizar sua capacidade de transformação da realidade.

É preciso instigar os discentes a elaborar novas formas de aprender o conhecimento tanto em sala de aula como em outros espaços de modo a suscitar inovações em sua futura prática profissional (ENDERLE et al., 2018).

Com efeito, as iniciativas governamentais no âmbito da formação em saúde também representam a busca por inovações no processo de aprendizagem por possibilitar a articulação com os serviços de saúde e as IES (SORIANO et al., 2015).

Nessa direção, os entrevistados destacaram a interação e as ações realizadas pelos discentes do PET-Saúde que proporcionaram contribuições significativas para a equipe de saúde.

[...] eu acho muito boa a forma como eles [discentes] vêm atuando aqui na unidade porque eles sempre estão procurando resolver algo, agora mesmo o pessoal do PET [Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde] está procurando ver com relação aos problemas da unidade, tentando resolver, então assim a integração deles aqui na unidade eu acho que é bem legal, muito boa [...] (Ent. 14).

[...] eles [discentes] me ajudaram nesse remapeamento e eu sempre [...] fazendo com que eles realmente fizessem parte do processo [...] eles trazem as ideias, a gente discute, levanta quais são os problemas que estão tendo aqui na unidade [...] faz os planos de intervenção [...] nós tivemos um fórum [...] e foi trabalhado justamente o que é que se perdeu no processo [...] do que deveria ser o SUS [Sistema Único de Saúde] [...] a Unidade de Saúde da Família [...] e foi a partir dali que a gente pensou no grupo de convivência e hoje é uma realidade [...] a gente tem trabalhado muito bem em conjunto [...] com o PET, tem sido uma interação muito boa [...] (Ent. 17).

Estas falas denotam que a atuação dos discentes tem sido permeada pela interação com a equipe de saúde, com realização de ações que visam a identificação e elaboração de estratégias de resolução dos problemas das unidades de saúde, culminando com a discussões sobre o SUS e a ESF, criação de grupo de convivência e remapeamento das áreas adscritas.

Uma pesquisa realizada com discentes de diferentes cursos da área de saúde e com profissionais que atuam na APS de um município do Rio de Janeiro evidenciou que o PET-

Saúde favorece a inserção dos discentes no cotidiano da comunidade e da unidade de saúde, trazendo benefícios à formação de futuros profissionais comprometidos com a resolutividade das necessidades de saúde da população e com o fortalecimento do SUS (CEZARIO; DAHER; NOLASCO, 2015).

Esta pesquisa também identificou a existência de dissociação entre a teoria e a prática, a qual foi apontada como uma realidade cotidiana e naturalizada entre os discentes e os profissionais de saúde. Tal constatação corrobora a implementação de programas similares ao PET-Saúde como uma estratégia relevante para a consolidação da integração ensino-serviço (CEZARIO; DAHER; NOLASCO, 2015).

Sob a ótica gadameriana, a visão naturalizada sobre a dissociação entre teoria e prática pode ser entendida como um preconceito, elaborado a partir das vivências anteriores e atuais destes discentes e profissionais de saúde. Ao reavaliarem os conceitos prévios, a compreensão sobre a articulação entre teoria e prática ocasiona mudanças na visão e nas práticas destes sujeitos e, conseqüentemente, amplia a elaboração de estratégias que possam colaborar para a superação dessa dicotomia ainda presente no processo de formação dos profissionais de saúde.

As iniciativas governamentais buscam o ensino pela experiência no intuito de formular novos modos de se pensar e realizar a formação e as práticas de saúde, por meio da aproximação entre teoria e prática, o que requer a abertura para a noção de troca entre os mundos do ensino e do serviço (VENDRUSCOLO et al., 2018).

No estudo, um dos enfermeiros relatou que participou do PET-Saúde, ainda no período da graduação. A experiência trouxe uma visão ampliada principalmente sobre o trabalho interdisciplinar.

[...] eu participei 2 anos do PET-Saúde [...] eu ter passado dentro da faculdade pelo PET-saúde, foi uma coisa de você saber que você não trabalha sozinho, que você precisa trabalhar interdisciplinar, precisa de outros profissionais e aí que traz uma visão diferente [...] (Ent. 3).

A dinâmica de atuação dessas iniciativas governamentais tem se configurado em importante instrumento para uma formação direcionada aos princípios do SUS, por suscitar que profissionais de saúde de diferentes áreas, docentes e discentes possam mobilizar os conhecimentos específicos de sua formação para articular ações e estratégias que contribuam tanto para o contexto dos serviços de saúde como para o processo de formação em saúde.

Pretende-se que a formação qualifique o profissional para a produção de boas respostas à população, com vínculo nas relações entre profissionais de saúde e usuários, de modo a superar a dicotomia teoria-prática e o modelo biomédico que ainda está presente no cotidiano das práticas de saúde (OLIVEIRA; DAHER, 2016).

Assim, a formação do enfermeiro precisa fomentar a construção de um perfil profissional com criticidade e autonomia. As políticas governamentais, a exemplo do PET-Saúde, podem interferir significativamente para o futuro enfermeiro perceber as questões políticas, sociais, biológicas, subjetivas e socioeconômicas que interferem no processo de cuidar e, conseqüentemente, possam gerar maior comprometimento com o desenvolvimento de práticas que contemplem os princípios e diretrizes do SUS e as necessidades de saúde dos usuários.

Assim, torna-se relevante que o enfermeiro, desde o período da graduação, valorize a interação dos diferentes saberes e olhares existentes no trabalho interprofissional, por possibilitar um olhar ampliado para o contexto de saúde da comunidade de modo a suscitar práticas de cuidado articuladas com diferentes profissionais da equipe de saúde que poderão ocasionar impacto favorável sobre a situação de saúde da população.

No entanto, para assegurar que os discentes tenham a oportunidade de vivenciar a interação com a equipe de saúde é necessário que ocorra o envolvimento dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro. Esta perspectiva foi evidenciada pelos participantes do estudo ao relatarem a maneira como buscam contribuir com a formação dos discentes:

[...] a gente conversa bastante [...] estabelece um vínculo, uma amizade [...] e a partir daí eu deixo eles [discentes] à vontade para poder desenvolver as práticas [...] tentando chamar atenção para a questão política, não só a questão de você fazer apenas um procedimento e eu procuro também ajudar esse aluno a compreender que a enfermagem tem um contexto muito amplo porque, às vezes, a gente vai [...] naquela sede de fazer [...] um procedimento invasivo e achar que a enfermagem é apenas isso, não é apenas isso! [...] eu [...] procuro também desenvolver isso ou então estimular isso nos alunos de graduação [...] (Ent. 9).

[...] o que eu puder ser flexível para poder ajudar, eu estou ajudando [...] eu acho que só em deixar eles [discentes] à vontade, para poderem fazer com tranquilidade [...] demonstrar para eles que eu sou colega deles, eu acho que isso já ajuda [...] eu tento passar para eles da forma mais simples possível [...] (Ent. 11).

[...] eu também olho os prontuários, o que foi registrado, o que foi relatado e todas as dificuldades que eu encontro eu passo para a professora [...] quando está com grupo de estagiário aqui, eles [discentes] estão na assistência, eu tenho um tempo mais livre fora do consultório [...] tenho acesso mais perto de estar acompanhando eles nessa parte administrativa, inclusive nessa parte aí eu acabo orientando eles porque a professora está com os alunos na assistência e [...] eu acabo orientando, falando como é que funciona o serviço, dá para acompanhar de perto [...] (Ent. 13).

Os entrevistados expressaram que interagem com os discentes por meio do diálogo que favorece o estabelecimento de vínculo, do compartilhamento de conhecimentos para ajudá-los na resolução de problemas, da orientação sobre as ações gerenciais e valorização da enfermagem numa visão ampliada que não se restringe a realização de procedimentos, além da socialização com a docente sobre as fragilidades apresentadas pelos discentes.

Também apontaram que buscam deixar os discentes à vontade para desenvolver as atividades na unidade de saúde, estabelecendo um clima de tranquilidade, por acreditar que os mesmos se encontram tensos ao serem avaliados, tendo em vista que a disciplina ECS requer a aplicação dos conhecimentos que foram elaborados ao longo do curso.

O envolvimento do enfermeiro com o processo de formação dos discentes pode colaborar significativamente para que os futuros profissionais desenvolvam uma postura crítica, dialógica e reflexiva sobre sua inserção no contexto do SUS e também suscitar maior aproximação com o cuidado integral (SANTOS et al., 2014).

No estudo, um dos entrevistados demonstrou a compreensão de que há responsabilidade social dos enfermeiros contribuírem para a qualidade da formação dos discentes, uma vez que serão futuros profissionais que cuidarão de vidas humanas.

[...] eu acho que também é ter um papel social mesmo. Qual é o profissional que você quer? Amanhã ou depois, qual o profissional que você quer? Se você pode ajudar para aquele profissional sair melhor daqui, porque não? [...] eu acho que é uma questão bem social, eu acho que conhecimento tem que ser repassado [...] eu quero aprender com outro e quero ensinar aquilo que eu sei [...] (Ent. 17).

A formação de novos profissionais precisa corresponder ao projeto de formar uma sociedade de cidadãos que tenham domínio de habilidades, conhecimentos e valores capazes de recriar o funcionamento de um sistema de saúde relativo à vida de todas as pessoas, no qual a qualidade de vida anteceda a qualquer padrão técnico a aprender ou a exercer (CECCIM, 2007).

A relação harmoniosa entre discentes e equipe de saúde favorece o desenvolvimento das ações dos discentes com maior tranquilidade, o que assegura um ambiente de trabalho agradável com benefícios para o ensino teórico-prático, para o cuidado aos usuários, a realização de pesquisas e o processo de formação profissional do enfermeiro (SANTOS, J. et al., 2016).

Além disso, a integração entre o ensino e o serviço possui papel relevante para a troca de saberes, ajudando no fortalecimento e expansão de conhecimento e qualificação

profissional, sendo uma parceria que deve transcender os limites da universidade (SANTOS, J. et al., 2016).

Torna-se essencial que o enfermeiro, desde a sua graduação, seja estimulado a refletir sobre a valorização da enfermagem com base em uma postura crítica e ética frente às questões sociais, políticas e subjetivas que são inerentes ao cuidado em saúde, de modo a serem instigados a mobilizarem esforços para a formulação de mecanismos que possam viabilizar melhores condições de saúde aos usuários e maior reconhecimento profissional.

Com efeito, a integração ensino-serviço-comunidade propicia aos discentes reflexão a respeito da interferência do meio social, político e econômico no cuidado de enfermagem, o que amplia sua compreensão sobre o desenvolvimento de práticas que contemplem as expectativas dos usuários (QUADROS; CALOMÉ, 2016).

Nesse sentido, a integração ensino-serviço solicita que docentes, discentes, gestores, usuários e profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, tenham o compromisso de diminuir a dicotomia existente entre teoria e prática através da vivência do discente na realidade concreta do cotidiano dos serviços de saúde (CASCOE et al., 2017).

Entretanto, alguns depoimentos evidenciaram ser primordial o estabelecimento do diálogo entre os representantes das IES, da gestão municipal e enfermeiros que atuam nas unidades onde são realizadas atividades de disciplinas práticas e de estágio com o objetivo de fortalecer a integração ensino-serviço.

[...] sentar com enfermeiro [...] e tentar articular [...] para poder se aproveitar mais [...] pessoalmente, ir na unidade [...] não professor já se apresentar na hora da prática [...] isso vai depender do profissional enfermeiro e professor [...] na minha visão as vezes tem aquela situação [...] de chegar ali e ter “olha eu tenho o cronograma fechado e eu preciso fazer naquele cronograma”, tem que ser daquele jeito, entendeu? Por isso que eu digo que tem que ter essa articulação [...] e o cronograma pronto para a gente poder estar preparado para poder receber o aluno, com vários imprevistos que acontecem, então eu acho que se sentasse junto, seria o ideal [...] A depender da situação, quem sai prejudicado é o aluno, por que poderia ter várias outras oportunidades para estar vivenciando uma situação e não tem, ele perde principalmente a prática, que é o [...] essencial também, teoria e prática [...] (Ent. 3).

[...] eu recebi um colega com uma turma que era 2 dias [...] por coincidência tinha pouquíssimos pacientes, não deu nem para todos os alunos visualizarem, ter a oportunidade de acompanhar o atendimento, de atuar também [...] (Ent. 26).

Estes depoimentos apontam para a necessidade de maior interação entre os docentes e o enfermeiro da unidade de saúde para planejarem o cronograma de atividades a serem realizadas nessas unidades, no intuito de evitar que as mesmas sejam agendadas para

momentos que não serão proveitosos para os discentes em virtude dos imprevistos e das unidades de saúde nem sempre apresentarem oportunidades para os discentes atuarem.

Por sua vez, outros entrevistados parecem indicar a necessidade de articulação entre as IES e a gestão da APS para que os profissionais das unidades de saúde possam compreender e valorizar a presença dos discentes nas unidades de saúde, para sensibilizar a gestão quanto a uma melhor estruturação destas unidades e realizar um planejamento que equacione o número de discentes com as unidades nas quais serão realizadas as atividades das disciplinas com a finalidade de assegurar que os discentes tenham maior aproveitamento das disciplinas práticas e de estágio, conforme descrito nas falas abaixo:

[...] aproximar mais a universidade das instituições [...] e valorizar o papel do aluno dentro da instituição porque às vezes [...] o pessoal vê mais como alguém que está atrapalhando [...] como se fosse alguém que não está colaborando com o serviço, eu acho que colabora [...]ter um planejamento em conjunto [...] e fora também a dificuldade de trazer um aluno para uma sala dessa [...] tem muita coisa faltando, então teria que primeiro adequar o que é feito [...] talvez até a universidade trazendo como tem que ser [...] eles [gestão] ia se sentir obrigados a fazer certo [...] (Ent. 4).

[...] um dos maiores problemas aqui no [nome da Unidade de Saúde] é que está tendo muitos estudantes num turno só [...] Muitas vezes o estudante não está fazendo nada, está sentado aí [...] porque a gente só recebe, teria que vir um controle lá de cima [Secretaria Municipal de Saúde] [...] porque muitas vezes atrapalha o serviço [...] se tivesse um bom controle, o estudante ele estava aprendendo o que deveria ser aprendido [...] (Ent. 25).

Coadunando com estes achados, uma pesquisa realizada com enfermeiros que atuam na docência e nos serviços de saúde apontou que a realização de reuniões, discussão do cronograma das disciplinas e apresentação dos discentes aos profissionais da equipe se configuraram em mecanismos imprescindíveis à efetividade da integração ensino-serviço, por proporcionar maior aproximação e confiança entre os envolvidos neste processo, fortalecimento na parceria entre as IES e os serviços de saúde além de contribuir para a aprendizagem e inserção dos discentes nas Unidades de Saúde (ANDRADE et al., 2015).

Brehmer e Ramos (2014) também relataram a experiência das atividades do curso de graduação em enfermagem serem planejadas conjuntamente com os serviços de saúde, o que colaborou para minimizar a distância entre as propostas acadêmicas e as necessidades de saúde dos usuários bem como as práticas dos profissionais destes serviços, em virtude de serem atividades que não se resumiram a cumprir os requisitos curriculares, mas buscaram estar inter-relacionadas com os objetivos da formação do enfermeiro e a realidade das Unidades de Saúde e da comunidade.

Em contrapartida, a desarticulação entre as IES e os serviços de saúde é um elemento que acentua o afastamento entre formação e atenção à saúde, tendo em vista que nem sempre o processo de formação consegue contemplar as expectativas dos usuários destes serviços, dificultando que os profissionais de saúde, ainda na graduação, vivenciem a realização de práticas com qualidade e efetividade que consigam atender as demandas e necessidade de saúde dos usuários do SUS (ANTUNES; DAHER; FERRARI, 2017; CANEVER et al., 2014).

A organização das atividades das disciplinas precisa estar em consonância com a realidade das Unidades de Saúde para gerar equilíbrio entre os sujeitos envolvidos na formação e na atenção, no intuito de atender às demandas e necessidades de saúde dos usuários que são acompanhados nessas unidades, valorizar o diálogo entre os envolvidos no processo de formação do enfermeiro e consolidar a integração ensino-serviço-comunidade.

O reconhecimento das potencialidades, desafios e as limitações no processo de formação do enfermeiro são essenciais para operar mudanças e reorientações tanto na formação profissional quanto nos serviços de saúde (OLIVEIRA; DAHER, 2016).

Nesse sentido, é preciso investir e comprometer-se com a qualidade da formação profissional, o que exige interação, integração e empenho dos envolvidos na dimensão formativa do enfermeiro, com a finalidade de se repensar ações que ocasionem transformações da formação e das práticas dos profissionais de saúde (QUADROS; CALOMÉ, 2016).

Tais perspectivas requerem mudanças que efetivem a democratização no processo de formação profissional numa abordagem dialógica que viabilize a construção de espaços compartilhados com a interação de docentes, discentes e profissionais de saúde como atores proativos nesse processo (TONHOM et al., 2014).

Com efeito, a aproximação entre as IES, a gestão e os serviços de saúde tem possibilidades de gerar corresponsabilização e envolvimento destes sujeitos e, dessa forma, efetivar no cotidiano da formação e da atenção à saúde a oportunidade de trilhar caminhos para fazer e pensar a saúde e a formação do enfermeiro com resolutividade, compromisso e qualidade.

4 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Os resultados do estudo, após analisados, confirmaram a tese de que a formação profissional se constitui em um dos elementos fundamentais para o fortalecimento das práticas de cuidado do enfermeiro na APS, sobretudo se for norteadada pela articulação teoria-prática e pela integração entre ensino-serviço-comunidade no contexto do SUS.

A nosso ver, o estudo possibilitou que os participantes da pesquisa refletissem sobre a própria prática profissional. Contudo, acreditamos que o mesmo proporcionará maior compreensão sobre o objeto de estudo, contribuindo tanto para aprimorar a prática de cuidado do enfermeiro quanto sua formação profissional.

Como contribuição do estudo, realizaremos a apresentação destes resultados aos enfermeiros que foram os participantes do estudo e demais enfermeiros que atuam na APS do município pesquisado com a finalidade de fazermos um processo devolutivo e suscitarmos reflexões sobre a inter-relação existente entre suas práticas de cuidado e a formação profissional.

Também pretendemos apresentar os achados deste estudo aos envolvidos no processo de formação do enfermeiro, entre os quais destacamos os discentes, docentes, coordenadores dos cursos de graduação em enfermagem, gestor municipal de saúde e enfermeiros da APS, para que se possam estabelecer reflexões e discussões que suscitem a elaboração de estratégias que visem fortalecer a formação e atuação do enfermeiro na APS.

Acreditamos que estes momentos representarão uma contribuição significativa do estudo em virtude da necessidade de se construir uma relação dialógica entre estes sujeitos, de modo que possamos identificar maneiras efetivas para se potencializar a articulação teoria-prática e a integração ensino-serviço.

Considerando nossa atuação como docente de uma IES, também almejamos desenvolver ações de ensino e de pesquisa que possam cooperar para maior interação entre gestor, enfermeiro, docentes, discentes e usuários com a finalidade de colaborar para a compreensão da relevância destes atores no processo de integração ensino-serviço-comunidade.

Além disso, a discussão com estes sujeitos também poderá contribuir para o delineamento de estratégias que colaborem para a superação das características técnicas e biologicistas ainda presentes no processo de formação do enfermeiro.

Também será relevante darmos visibilidade aos resultados do estudo por meio da sua divulgação em eventos científicos e publicações em periódicos, para que sejam suscitadas reflexões sobre os aspectos que estão implicados no processo de formação e atuação do enfermeiro além de estimular a realização de outros estudos que possam revelar a realidade vivenciada em outros cenários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a hermenêutica filosófica, a compreensão ocorre quando se tem a capacidade de dialogar com a multiplicidade das interpretações de um determinado fenômeno, sendo relevante que ocorra o retorno ao passado para se interpretar a maneira como os fatos inerentes a este fenômeno acontecem no momento presente, pois o reconhecimento dos fatos no passado é de fundamental importância para a compreensão e construção de novos conhecimentos.

Assim, a partir do diálogo com os enfermeiros foi possível realizar o movimento hermenêutico da interpretação e compreensão dos relatos de suas experiências no período que ocorreu sua formação profissional, na condição de discente, além de suas vivências na atualidade como enfermeiro que atua na APS.

Nessa direção, o desenvolvimento deste estudo numa perspectiva hermenêutica filosófica permitiu compreender que existem diversos processos que interagem e interferem na relação existente entre a prática de cuidado do enfermeiro e sua formação profissional, entre os quais podemos destacar a organização das práticas do enfermeiro na APS, os aspectos que contribuem e que dificultam a articulação teoria-prática e a integração ensino-serviço-comunidade.

A pesquisa demonstrou que a prática de cuidado do enfermeiro na APS está organizada por meio de programas que acompanham grupos populacionais específicos, sendo que na ESF o enfermeiro atende e encaminha a demanda espontânea, realiza visitas domiciliares e gerencia a equipe de saúde.

No estudo, a sobreposição dessas atividades foi sinalizada como um fator que tem gerado sobrecarga de trabalho ao enfermeiro, dificultando que este profissional consiga aplicar em sua prática o aprendizado construído durante a graduação, a exemplo do estabelecimento do vínculo, diálogo e do cuidado humanizado aos usuários além de não favorecer que o enfermeiro tenha um olhar mais crítico sobre suas práticas em virtude da gestão municipal exigir que este profissional esteja mais voltado para as questões técnicas e burocráticas da Unidade de Saúde.

Tais circunstâncias também proporcionam repercussões desfavoráveis para a formação dos discentes que, ao desenvolverem atividades com ênfase nesses programas, não têm muitas oportunidades de vivenciar a atuação do enfermeiro permeada pela criticidade, resolutividade e pelo vínculo entre enfermeiro e usuário.

Este cenário reafirma a necessidade de reorganização dos serviços de saúde de modo a proporcionar condições para que o enfermeiro realize práticas que possam expressar sua potencialidade crítica, com valorização dos aspectos relacionais e subjetivos do cuidado em saúde, o que trará maiores possibilidades de acolhimento e vínculo aos usuários bem como melhor estruturação para o desenvolvimento de atividades acadêmicas nestes serviços.

Nessa direção, torna-se relevante a realização de discussões sobre as condições de trabalho desfavoráveis vivenciadas pelos enfermeiros do município pesquisado, pois esta situação pode ocasionar falta de estímulo para a realização das práticas destes profissionais e dificultar um melhor aproveitamento da realização de atividades acadêmicas nestas Unidades de Saúde. Além disso, é preciso fortalecer a articulação entre a gestão da APS, profissionais de saúde, IES e usuários.

Contudo, a pesquisa demonstrou fragilidades no diálogo e na interação entre os sujeitos da gestão e enfermeiro, entre IES e enfermeiro e na dificuldade de mobilizar os usuários para exercer o controle social junto as Unidades de Saúde, fato que se configura em desafio para se efetivar o envolvimento das instâncias implicadas no processo de formação profissional e de atenção à saúde.

No que se refere aos aspectos que contribuíram para a formação do enfermeiro, foi evidenciada a inter-relação existente entre a aprendizagem teórica, que embasou a prática deste profissional e o cotidiano de práticas realizadas nas unidades de saúde, por colaborar para a consolidação dos conhecimentos teóricos e também gerar novas aprendizagens.

Também foi destacado que o acompanhamento docente e a inserção dos discentes em programas de monitoria e atividades de pesquisa e extensão contribuíram para sua formação crítica e para o conhecimento da realidade dos serviços de saúde e das condições de vida e saúde dos usuários bem como favoreceram a compreensão sobre a atuação do enfermeiro no contexto do SUS.

A pesquisa também apontou que as atividades das disciplinas práticas e de estágio realizadas no laboratório de enfermagem e nas Unidades de Saúde representaram oportunidades para se articular os conhecimentos teóricos à vivência de atividades educativas, visitas domiciliares, consulta de enfermagem, conhecimento da dinâmica de trabalho na APS e das práticas do enfermeiro e do ACS.

No entanto, a pesquisa também apontou que alguns enfermeiros tiveram dificuldades para relacionar a teoria à prática em virtude de algumas disciplinas terem sido trabalhadas de forma desarticuladas da realidade das práticas do enfermeiro na APS, além de não terem vivenciado a visita domiciliar e a prática gerencial durante o estágio.

Tais achados nos leva a refletir sobre a ausência de oportunidades que impulsiona a articulação entre os conteúdos teóricos e práticos, pois isso representa uma lacuna para que os futuros enfermeiros consigam desenvolver habilidades e competências inerentes à profissão e à capacidade de avaliar criticamente o contexto de suas práticas.

Os entrevistados também sinalizaram que, durante o período que realizaram atividades práticas e de estágio, não perceberam interesse, envolvimento, acolhimento e colaboração de alguns enfermeiros que atuavam nas Unidades de Saúde, gerando lacunas à sua aprendizagem, sobretudo na prática gerencial, e exigindo maior acompanhamento do docente que, por vezes, não apresentava conhecimento teórico-prático sobre a disciplina de ECS e a APS, ocasionando um duplo prejuízo à sua formação profissional.

Ressaltamos que uma das disciplinas mais destacadas pelos entrevistados foi a disciplina ECS, sendo que os mesmos apresentaram divergências em seus relatos no que concerne a sua carga horária e a maneira de realização das atividades.

Assim, para uns entrevistados esta disciplina se apresentou de forma pouco propositiva em decorrência da pequena carga horária para a realização de um número elevado de atividades; já para outros entrevistados foi possível a articulação da teoria com a prática, em virtude da sua carga horária ser condizente com as atividades desenvolvidas pela referida disciplina.

Tais relatos evidenciam a necessidade das IES avaliarem se o ECS tem contemplado o propósito de levar os discentes a articular teoria e prática no cotidiano dos serviços de saúde e, se necessário, realizar as adequações pertinentes.

Os resultados do estudo também apontaram que a formação profissional de alguns enfermeiros enfatizava a aprendizagem técnica e biologicista, não valorizando o contato com os usuários, o que gerou certo distanciamento da formação crítica, comprometida com as necessidades de saúde do usuário e com a dimensão subjetiva do cuidar.

No que concerne à integração ensino-serviço-comunidade, a pesquisa evidenciou que há a coexistência de fragilidades e potencialidades que suscitam reflexões sobre a relevância de proporcionar que futuros profissionais consigam vivenciar a aplicabilidade dos conhecimentos teóricos durante sua formação de maneira articulada com a realidade dos serviços de saúde.

As fragilidades se referem a falta de experiência e compromisso do docente que acompanha os estágios nas Unidades de Saúde, fato que compromete o aprendizado dos discentes e gera a necessidade de instrumentalizar o docente para atuar na disciplina ECS.

Quanto à articulação entre IES, gestão e enfermeiro foi evidenciada a necessidade de maior diálogo entre essas instâncias para assegurar que os discentes tenham condições favoráveis para atuar nas Unidades de Saúde e também para os profissionais de saúde compreenderem e valorizarem as atividades realizadas pelos discentes nessas Unidades.

Entretanto, a pesquisa apontou que alguns discentes apresentam perfil descomprometido, sem iniciativa e interesse pela sua própria formação, exigindo que as IES e os docentes realizem um acompanhamento mais criterioso desses discentes para identificar as causas dessa problemática e elaborar estratégias que impulsionem mudanças nesse cenário desfavorável a futuros profissionais, aos usuários e à profissão.

No que se refere às potencialidades foi identificado que a atuação dos discentes nas Unidades de Saúde tem contribuído de forma significativa com a equipe de saúde, usuários e comunidade, uma vez que realizam visitas domiciliares, atividades educativas, organização dos serviços e acolhimento às demandas e necessidades dos usuários.

Também foi evidenciada a interação e contribuição dos discentes e docentes que participam do PET-Saúde tanto para a identificação dos problemas das Unidades de Saúde como para a realização de discussões sobre o SUS e ESF, colaborando para que os discentes, docentes e enfermeiros percebam as questões políticas, socioeconômicas, biológicas e subjetivas presentes no processo de cuidar.

Por sua vez, os participantes do estudo relataram que buscam contribuir com a formação dos discentes por meio do diálogo e da interação com os mesmos e com a docente da disciplina ECS além de incentivar que os discentes percebam o caráter de prática social da enfermagem.

Estes relatos reforçam a premente necessidade de um diálogo efetivo entre os envolvidos na integração ensino-serviço-comunidade para que a atuação dos discentes nas equipes de saúde seja uma oportunidade valiosa na sua formação profissional.

Ademais, o diálogo também possui potencialidade para impulsionar a compreensão das nuances que permeiam o processo formativo do enfermeiro, de modo a suscitar que ocorra a construção de caminhos promissores para uma formação profissional comprometida com o SUS e com as necessidades de saúde dos usuários.

Por fim, esses resultados aliados ao cenário das políticas de saúde no Brasil nos leva a traçar recomendações que apontam para a necessidade de engajamento na luta pelo fortalecimento da APS, uma vez que a PNAB 2017 estabelece relações precárias de trabalho, fragiliza o vínculo entre usuários e profissionais de saúde, o que dificulta a realização de ações que se aproximem do cuidado integral.

Numa perspectiva gadameriana, ainda que ocorra a compreensão de seus limites e a insegurança de seus planos, o homem também é dotado da capacidade de vislumbrar novas possibilidades a partir da tomada de consciência de suas experiências e de sua inserção como sujeito transformador da realidade.

Assim, o contexto adverso à APS e aos profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, indica a necessidade dos sujeitos envolvidos no processo de formação profissional e atenção à saúde refletirem sobre o contexto político, de modo a ampliar sua visão crítica para a elaboração de estratégias que possam promover a reafirmação da saúde como direito da população e assegurar o papel relevante da APS para a atuação e formação dos enfermeiros.

No que se refere às limitações do estudo podemos sinalizar que a pesquisa apresentou as experiências e vivências dos enfermeiros que atuam em um município do interior da Bahia, fato que não permite generalizações para outros cenários e indica a realização de futuras pesquisas numa abordagem comparada e que tenham como objeto a prática de cuidado do enfermeiro nos contextos de crise e recrudescimento dos princípios da APS.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sonia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2008.
- ACIOLI, Sonia; LUZ, Madel Therezinha. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.153-158, ago. 2003.
- ACIOLI, Sonia; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; FARIA, Magda Guimarães de Araújo. Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva: reflexões sobre a prática. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.533-536, out./dez. 2012.
- ACIOLI, Sonia *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na Atenção Básica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, set./out. 2014.
- AGGAR, Christina *et al.* Evaluation of a community transition to professional practice program for graduate registered nurses in Australia. **Nurse Education in Practice**, Edinburgh, v. 32, p. 101-107, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.03.005>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595317306844>. Acesso em: 18 jun. 2018.
- ALAMRI, Majed Sulaiman; ALMAZAN, Joseph U. Barriers of physical assessment skills among nursing students in Arab Peninsula. **International Journal of Health Sciences**, Majmaah, v. 12, n. 3, p. 58-66, maio/jun. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5969778/>. Acesso em: 18 jun. 2018.
- ALMEIDA, Débora Vieira de; PEREIRA, Samira Auxiliadora. Humanização das práticas de saúde no cuidado e no trabalho de enfermagem. *In*: SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de; HORTA, Natália de Cássia (org.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 39-48 p.
- ALMEIDA, Márcio José. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003. 89 p.
- ALMEIDA, Maria de Lourdes de *et al.* Egressos de uma universidade pública e perspectivas de atuação no gerenciamento em enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 6, p. 933-941, nov./dez. 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000600005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041233005> Acesso em: 25 out.2018.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de. **Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul: Atenção primária à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Isags, 2014. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/08/Mapeamento-APS-Brasil-Portugu%C3%AAs.pdf> Acesso em: 15 jun. 2018.

ALMEIDA FILHO, Naomar Moreira. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em saúde coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, jun. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 jun. 2018.

AMORIM, Anne Caroline Coelho Leal Árias *et al.* Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1077-1086, out./dez. 2014.

AMORIM, Margarida Paiva; SILVA, Isabel. Instrumento de avaliação do pensamento crítico em estudantes e profissionais de saúde. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 15, n. 1, p. 122-1237, mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150111>. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000100011. Acesso em: 15 ago. 2018.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 783-836 p.

ANDRADE, Erlon Gabriel Rego de *et al.* Contribuição da monitoria acadêmica para o processo ensino-aprendizagem na graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 1690-1698, 2018. Supl.4.

ANDRADE, Michelly Evangelista de *et al.* Percepção do enfermeiro quanto à sua atuação educativa na estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.1-5, jul./ago. 2016.

ANDRADE, Selma Regina de *et al.* Mecanismos de controle da integração ensino-serviço no Pró-Saúde enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 56-62, set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.50302>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300056&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2018.

ANTUNES, Juliane de Macedo; DAHER, Donizete Vago; FERRARI, Maria Fernanda Muniz. Preceptoria como *locus* de aprendizagem e de coprodução de conhecimento. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3741-3748, out. 2017. DOI: 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201706. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22612>. Acesso em: 10 out. 2018.

AQUINO, Rosana *et al.* Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. 353-371 p.

ARAÚJO, Vivian Elizabeth; WITT, Regina Rigatto. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 117-1123, mar. 2006.

ARAÚJO, Janieiry Lima de; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Hermeneutics and health: reflections on the thinking of Hans-Georg Gadamer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 194-201, fev. 2012.

ARAÚJO, Janieiry Lima de *et al.* Sistema Único de Saúde e democracia: a enfermagem no contexto de crise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 2187-2192, jul./ago. 2018.

ARAÚJO, Vanessa Aparecida Ballista Tavares de; GEBRAN, Raimunda Abou; BARROS, Helena Faria de. Formação e práticas de docentes de um curso de graduação em enfermagem. **Acta Scientiarum. Education**, Maringá, v. 38, n. 1, p. 69-79, jan./mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/actascieduc.v38i1.23180>. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciEduc/article/view/23180>. Acesso em: 10 out. 2018.

ARAÚJO, Rosânia de Lourdes; MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Percepções dos usuários e profissionais de saúde do Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399, abr./jun. 2015.

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, jul./set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300601. Acesso em: 18 jun. 2018.

ASSIS, Marluce Maria Araújo *et al.* Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 333-338, mar./abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Manifestação da ABEn sobre revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: ABEN, 2017. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/site/2017/08/06/manifestacao-da-aben-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/>. Acesso em: 18 ago. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. Rio de Janeiro: ABRASCO; CEBES; ENSP, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/ contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 18 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE MEDICINA SOCIAL.
la APS en la, muy cuestionada, Cobertura Universal de Salud (UHC). Altana: Alames, 2018. Disponível em: <http://www.alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/2018/137-declaracion-de-alames-frente-al-intento-de-subsumir-la-aps-en-la-cus/file>. Acesso em: 8 jan. 2019.

BATALHA, Elisa; LAVOR, Adriano de. Toda atenção que o SUS e a população merecem. **RADIS: Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 183, p. 10-15, dez. 2017.

BATISTA, Nildo Alves. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS – Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-28, jan. 2012.

BECERRIL, Lucila Cárdenas. O humanismo na formação e prática da enfermagem: uma esperança transformadora. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, editorial, p. 1-2, abr. 2016.

BENITO, Gladys Amelia Vélez *et al.* Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 172-178, jan./fev. 2012.

BERNARDES, Anita Guazzelli; MARQUES, Camilla Fernandes; PELLICCIOLI, Eduardo Cavalheiro. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2339-2346, ago. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 jun. 2018.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos; PEREIRA-SANTOS, Marcos; SILVA, Lília Bittencourt. Formação em saúde, extensão em saúde e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 177-186, jan./abr. 2014. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0586>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100177&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 ago. 2018.

BONFIM, Vinícius Silva. Gadamer e a experiência hermenêutica. **Revista CEJ – Centro de Estudos Judiciários**, Brasília, n. 49, p. 76-82, abr./jun. 2010.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão da terra**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 199 p.

BORNSTEIN, Vera Joana; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Contribuições da formação técnica do Agente Comunitário de Saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe de Saúde da Família. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, jan./abr. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000100007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 jun. 2018.

BORRÉ-ORTIZ, Yeis Miguel *et al.* El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. **Revista Ciencia de la Salud**, Bogotá, v. 13, n. 3, p. 481-491, set./dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12>. Disponível em: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4362>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BOURDIEU, Pierre. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, Renata (Org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. 191 p.

BRASIL. 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 União**: seção 1, Brasília, DF, p. 152, 29 nov. 1968.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, [1986]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 26 jul. 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 18 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde** – Saúde: municipalização é o caminho. Brasília: DF, 1993.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Institui as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 2001a.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001**. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares de Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília: DF, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo as diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 45, 27 dez 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, **Diário Oficial da União**: Seção I, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Instituições de Ensino Superior e cursos cadastrados**. 2015. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br>. Acesso em: 14 jan. 2016.

BRASIL. Câmara dos deputados. Senado federal. Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.808, de 28 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 27 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento das equipes de Atenção Básica – e AB e da gerência da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 124, p. 66, 29 jun. 2018.

BRAVO, Victória Ângela Adami; CYRINO, Eliana Goldfarb; AZEVEDO, Maria Antonia Ramos de. Ensino na atenção primária à saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais: o papel do projeto político-pedagógico. *In*: CYRINO, Antonio Pithon; GODOY, Daniele; CYRINO, Eliana Goldfarb (org.). **Saúde, ensino e comunidade**: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. 25-47 p.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; RAMOS, Flávia Regina Souza. Teaching-service integration: implications and roles in experiences of Undergraduate Courses in Nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 118-124, fev. 2014.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; RAMOS, Flávia Regina Souza. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 135-145, mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0218>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100135&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRITO, Fatima Maria de Melo; ROZENDO, Célia Alves; MELO, Priscila de Oliveira Cabral. Laboratório de enfermagem e a formação crítica de enfermeiros: aproximações e distanciamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 1589-1596, 2018. Supl.4

BUCHAN James *et al.* Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe., p. 38-46, jan./fev. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 12 jul. 2018.

BUSANA, Juliano de Amorim *et al.* Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, abr./jun. 2015.

CAÇADOR, Beatriz Santana *et al.* Ser enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 612-619, jul./set. 2015.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o sistema distrital de administração sanitária. **História, Ciências, Saúde -Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 877-906, set. 2007.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, out. 2014.

CANEVER, Bruno Pedroso *et al.* Processo de formação e inserção no mercado de trabalho: uma visão dos egressos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 87-93, mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43279>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100087&lng=en&tlng=en. Acesso em: 18 jun. 2018.

CARÁCIO, Flávia Cristina Castilho *et al.* A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2133-2142, jul. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.08762013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702133&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 set. 2018.

CARREIRO, Mônica de Almeida *et al.* Maneiras de pesquisar o cuidado de enfermagem por meio do método cartográfico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 3135-3147, out./dez. 2015. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3135-3147. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/5057/505750948002/>. Acesso em: 13 jul. 2018.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizado com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 149-182 p.

CASCOE, Karozan *et al.* Undergraduate nursing students at risk of failure. **Nurse Education Today**, Jamaica, v. 52, p. 121-122. maio. 2017. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.12.021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691716303239?via%3Dihub>. Acesso em: 18 jun. 2018.

CARVALHO, Vilma de. Sobre a identidade profissional na enfermagem: reconsiderações pontuais em visão filosófica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 24-32, set. 2013.

CECCIM, Ricardo Burg. Invenção da Saúde Coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, v. 33, n. 1, p. 29-48, jan. 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004a.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004b.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, p. 531-542, 2009. Supl.1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 jul. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. *In*: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. (org.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011. 69-92 p.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. *In*: MARINS, João José Neves; Rego, Sergio. (org.). **Educação médica: gestão, cuidado e avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011. 258-277 p.

CEZARIO, Jaime Everardo; DAHER, Donizete Vago; NOLASCO, Marja Ferreira Soares. Programa de Educação pelo Trabalho (PET) em saúde: articulação entre formação e integração ensino-serviço. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 644-648, set./out. 2015.

CHAVES, Simone Edi. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos no ensino de graduação em Enfermagem. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 325-336, abr./jun.2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0715>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200325&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 ago. 2017.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 564-570, jul./ago. 2013.

CHICHARO, Sandra Conceição Ribeiro *et al.* Fatores facilitadores do ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4099-4108, abr./jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4099-4108>. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3408/pdf_1842. Acesso em: 30 ago. 2017.

CHRIZOSTIMO, Miriam Marinho; BRANDÃO, André Augusto Pereira. A formação profissional do enfermeiro: 'estado da arte'. **Enfermeria Global**, Espanha, v. 14, n. 4, p. 430-445, out. 2015. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400018&lng=es. Acesso em: 18 jun. 2018.

CHUA, Amelia ZE. *et al.* The effectiveness of a shared conference experience in improving undergraduate medical and nursing students' attitudes towards inter-professional education in an Asian country: a before and after study. **BMC Medical Education**, v. 15, n. 1, p. 1-7, dez. 2015. DOI: 10.1186/s12909-015-0509-9. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0509-9>. Acesso em: 18 jun. 2018.

CLAPIS, Maria José *et al.* Metodologia da problematização no ensino de atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 1768-1774, 2018. Supl.4.

COELHO, Ivan Batista. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERREIRO, André Vinicius Pires (org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. 96-131 p.

COFEN. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências**. Brasília: DF, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 26 jul. 2018.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999. 385 p.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Cuidar...** A primeira arte da vida. 2. ed. Paris: Lusociência, 2001. 440 p.

COSTA, Marcelo Viana da *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 709-720, 2015. Supl. 1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0994>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500709&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 ago. 2017.

COSTA, Paula Cristina Pereira da; FRANCISCHETTI-GARCIA, Ana P. Rigon; PELLEGRINO-TOLEDO, Vanessa. Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. **Revista de Salud Pública**, Colombia, v. 18, n. 5, p. 746-755, set./out. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n5.45304>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642016000500746&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 jun. 2018.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr./jun. 2015.

COUTO, Tatiana Almeida *et al.* Educação em saúde sob a ótica de usuários das equipes de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1606-1614, maio. 2016. DOI: 10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201606. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11156/12673>. Acesso em: 25 out. 2018.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal *et al.* O enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de *et al.* (org.). **Atenção primária à saúde: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 337-367 p.

DELORS, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir**. Lisboa: UNESCO/ASA, 2003. 46 p.

DESROCHES, Catherine M. *et al.* Primary care workforce shortages and career recommendations from practicing clinicians. **Academic Medicine**, Atlanta, v. 90, n. 5, p. 671-677, maio. 2015. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000591. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2015/05000/Primary_Care_Workforce_Shortages_and_Career.33.aspx. Acesso em: 18 jun. 2018.

DIAS, Joana Angélica Andrade *et al.* O pensamento crítico como competência para as práticas do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-5, ago. 2018.

DONOSO, Miguir Terezinha Viecelli *et al.* Significados do laboratório de enfermagem para estudantes de graduação: repensando a utilização deste cenário. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Belo Horizonte, v. 7, p. 1-7, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1578>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1578>. Acesso em: 15 out. 2018.

DUARTE, Carla Godinho *et al.* Sofrimento moral do enfermeiro docente de cursos técnicos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 301-307, mar./abr. 2017.

ENDERLE, Cleci de Fátima *et al.* Estratégias docentes: promovendo o desenvolvimento da competência moral em estudantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 1747-1753, 2018. Supl. 4.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESTEVEES, Larissa Sapucaia Ferreira *et al.* O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 1740-1750, 2018. Supl. 4.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg. A formação em Saúde Coletiva e as Diretrizes Curriculares Nacionais da área da saúde: reflexões e um começo de conversa. *In*: FERLA, Alcindo Antônio; ROCHA, Cristianne Maria Famer. (org.). **Cadernos da saúde coletiva: inovações na formação de sanitaristas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. 11-28 p.

FERLA, Alcindo Antônio. Trabalho em saúde, corpo e subjetivação capitalística. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.21, n. 63, p. 1024-1026, out./dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672003000100002. Acesso em: 15 set. 2018.

FERNANDES, Joscélia Dumêt *et al.* Curriculum directions and strategies for the implementation of a new pedagogic proposal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.39, n.4, p.443-449, 2005.

FERNANDES, Joscélia Dumêt *et al.* Aderência de cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 82-89, mar. 2013.

FERNANDES, Joscélia Dumêt; REBOUÇAS, Lyra Calhau. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 95-101, set. 2013.

FERRACCIOLI, Patricia; ACIOLI, Sonia. As diferentes dimensões do cuidado na prática realizada por enfermeiros no âmbito da atenção básica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 28-36, jan./mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.28-36>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3964>. Acesso em: 25 out. 2018.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 704-709, set. 2018. Supl.1.

FERREIRA, Vanessa de Almeida; ACIOLI, Sonia. O cuidado na prática do enfermeiro no campo da Atenção Primária em Saúde: produção científica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 506-509, out./dez. 2009.

FERREIRA, Vanessa de Almeida; ACIOLI, Sonia. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na Atenção Primária em Saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 530-535, out./dez. 2010.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002. 392 p.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Estratégias para a mudança na graduação das profissões da saúde. **Cadernos da ABEM** – Associação Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 2, p. 78-80, jun. 2006.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Micropolítica e a formação de profissionais de saúde. *In*: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. (org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 119-160 p.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CAPOZOLLO, Angela Aparecida. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. *In*: CAPOZOLLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira. (org.). **Clínica comum: itinerários para uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. 35-58 p.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CAPOZOLLO, Angela Aparecida. Atenção básica e formação em saúde. *In*: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de *et al.* (org.). **Atenção primária à saúde: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 291-310 p.

FLICKINGER, Hans-Georg. **A caminho de uma pedagogia hermenêutica**. Campinas, SP: Autores associados, 2010. 200 p.

FONTES, Conceição Adriana Sales; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Cuidado humano de enfermagem: a cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.193-199, abr./jun. 2008.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; CASTRO, Danielle Freitas Alvim. Competência do enfermeiro na atenção básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 427-432, jul./set. 2012.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010. 183-195 p.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus** – Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120> Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>. Acesso em: 15 ago. 2018.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde** – textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. 307 p.

FRANK, Bruna Regina Bratti *et al.* Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde 2015. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 400-410, abr./jun. 2015.

FREITAS, Gustavo Magalhães; SANTOS, Nayane Sousa Silva. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro – RECOM**, Minas Gerais, v. 4, n. 2, p. 1194-1203, maio/ago. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.443>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/443>. Acesso em: 18 jun. 2018.

FRENK, Julio *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, Reino Unido, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, dez.2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext#%20). Acesso em: 20 jun. 2018.

FRIEDLANDER, Maria Romana. O laboratório de enfermagem como recurso instrucional. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 7-9, jan./mar. 1986.

FRIEDLANDER, Maria Romana. Vantagens do ensino no laboratório de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 227-233, ago. 1994.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Tradução de Flavio Paulo Meurer. Revisão da tradução Enio Paulo Giachini. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 730 p.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo *et al.* O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, jan./ mar. 2016.

GARNELO, Luiza *et al.* Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 158-172, out. 2014.

GATTO JÚNIOR, José Renato; ALMEIDA, Edmar Jaime de; BUENO, Sonia Maria Villela. Docência no ensino superior: uma revisão sobre as tendências pedagógicas que permeiam o cotidiano do enfermeiro docente. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 2, p.125-138, maio/ago. 2015. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v19i2.2015.5433>. Disponível em: <http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5433>. Acesso em: 18 jun. 2018.

GERMANO, Raimunda Medeiros *et al.* Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: CASTRO, Janete Lima de. **Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal: Observatório RH-NESC/UFRN, 2007. 105-132 p.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 575-625 p.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 92 p.

GIOVANELLA, Lígia (org.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. 80 p.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* Panorama de la atención primaria de salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 300-322, abr./jun. 2015.

GIOVANELLA, Lígia; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma-Ata à Carta de Astana. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe, editorial, p. 6-7, set. 2018.

GOES, Fernanda dos Santos Nogueira de *et al.* Necessidades de aprendizagem de alunos da educação profissional de nível técnicos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 20-25, jan./fev. 2015.

GOMES, Angela Maria *et al.* Reflexões e produção coletiva sobre o “ser” conselheiro municipal de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 496-504, 2018. Supl.1

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza *et al.* A satisfação do usuário com a Atenção Primária à Saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.22, n. 65, p. 387-398, abr./jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200387&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2018.

GONÇALVES, Roselane; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado. As dimensões do cuidado e sua incorporação no ambiente do estágio curricular. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 181-189, jan./mar. 2014.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

GONZÁLEZ-HERNANDO, Carolina *et al.* Evaluación por los estudiantes al tutor de enfermería en el contexto del aprendizaje basado en problemas. **Enfermería Universitaria**, México, v. 12, n. 3, p. 110-115, jul./set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.002>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000366>. Acesso em: 18 jun. 2018.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato; ALVAREZ, Angela Maria; ALMEIDA, Lenira Maria Wanderley Santos de. Educação em enfermagem: qualidade, inovação e responsabilidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 499-500, jul./ago. 2014.

GRONDIN, Jean. **Introdução à hermenêutica filosófica**. Tradução de Benno Dischinger. São Leopoldo: Unisinas, 1999. 336 p.

GUIMARÃES, Celma Martins. Saber, autonomia e poder na área de enfermagem: pontos e contrapontos. *In*: GUIMARÃES, Celma Martins (org.). **Autonomia profissional em enfermagem – construindo realidades e derrubando utopias?** Goiânia: PUC Goiás, 2014. 297-370 p.

HADDAD, Ana Estela *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1998 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, jun. 2010.

HENDERSON, Amanda *et al.* Students take the lead for learning in practice: a process for building self-efficacy into undergraduate nursing education. **Nurse Education in Practice**, Edinburgh, GB, v.31, p. 14-19, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.04.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595317303396>. Acesso em: 20 jun. 2018.

HENTGES, Isabel Cristina; COGO, Ana Luísa Petersen. Competências desenvolvidas por equipe de saúde da família sobre o acolhimento após atividade educativa. **Journal of nursing and health**, Pelotas, v. 7, n. 1, p. 4-15, jan./abr. 2017. DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.15210/JONAH.V7I1.9108>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/9108/7086>. Acesso em: 20 jun. 2018.

HOBBS, F. D. Richard *et al.* Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. **The Lancet**, Reino Unido, UK, v. 387, p. 2323-2330, abr. 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00620-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00620-6). Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2900620-6>. Acesso em: 15 jun. 2018.

HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Elaborado no Instituto Antonio Houaiss de lexicografia e banco de dados da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 1.986 p.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**, Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291800&search=bahia|jequié|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 12 jan. 2016.

IGLESIAS-PARRA, Maria Rosa *et al.* Nursing students' and tutors' satisfaction with a new clinical competency system based on the nursing interventions classification. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 27, n. 4, p. 193-200, out. 2016. DOI: 10.1111/2047-3095.12102. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12102>. Acesso em: 18 jun. 2018.

JEQUIÉ. Secretaria Municipal de Saúde de. **Plano Municipal de saúde**, exercício 2014/2017. Jequié, BA: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

JEQUIÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatórios de cadastro individual das unidades de saúde**: e-SUS saúde atenção básica do município de Jequié. Jequié, BA: Secretaria Municipal de Saúde, 2019.

JESUS, Andreia Souza de *et al.* Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 239-244, mar./abr. 2014.

JUÁREZ-FLORES, C . *et al.* Opinião de egresados em enfermagem sobre La congruencia de los contenidos curriculares com los requerimientos laborales. **Enfermagem Universitária**, México, v.12, n. 4, p. 197-203, out./dez. 2015. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.10.002>. Disponível em:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000400197&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

[70632015000400197&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000400197&lng=es&nrm=iso&tlng=es). Acesso em: 21 set. 2016.

JUNQUEIRAI, Túlio da Silva *et al.* Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa Saúde da Família, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 122-133, jan./mar. 2009.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 161-9, jan./mar. 2014. DOI:

<https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>. Disponível em:

<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>. Acesso em: 20 de jun. 2018.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; OLIVEIRA, Sonia Acioli de. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v. 14, n. 1, p. 893-900, jan./mar. 2015. DOI:

<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.22466>. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22466>. Acesso em: 10 jun. 2017.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 403-409, jul./set. 2011.

KOLH, Daiana; LIMA, Margarete Maria de; REIBNITZ, Kenya Schmidt. Compromisso ético-social na proposta pedagógica da formação em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 484-491, abr./jun. 2014.

LAVOR, Adriano de. Sem deixar ninguém para trás. **RADIS: Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 195, p. 31-33, dez. 2018.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dez. 2011.

LEAL, Juliana Alves Leite; MELO, Cristina Maria Meira de. The nurses' work process in different countries: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 413-423, mar./abr. 2018.

LEITE, Maria Francilene *et al.* Extensão popular na formação profissional em saúde para o SUS: refletindo uma experiência. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1569-78, 2014. Supl.2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.04>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601569&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2018.

LEONELLO, Valéria Marli; VIEIRA, Milene Pires de Moraes; DUARTE, Thalita Cristine Ramirez. Competência para a ação educativa de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1136-1142, maio/jun. 2018.

LEVETT-JONES, Tracy *et al.* Case studies of interprofessional education initiatives from five countries. **Journal of Nursing Scholarship**, Medford, USA, v. 50, n. 3, p. 324-332, maio. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jnu.12384>. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12384>. Acesso em: 18 jun. 2018.

LIMA, Cássio de Almeida; VIEIRA, Maria Aparecida; COSTA, Fernanda Marques da. Caracterização dos estudantes do curso de graduação de Enfermagem de uma universidade pública. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v. 3, n. 2, p. 33-46, jun./dez. 2014. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/72>. Acesso em: 10 ago. 2018.

LIMA, Cassio de Almeida *et al.* A teoria em prática: interlocução ensino-serviço no contexto da atenção primária à saúde na formação do(a) enfermeiro(a). **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 5002-5009, out./dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5002-5009>. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4645/pdf_1. Acesso em: 15 jul. 2018.

LIMA, Margarete Maria de *et al.* Diálogo: rede que entrelaça a relação pedagógica no ensino prático-reflexivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 610-617, jul./ago. 2016.

LIMA, Dartel Ferrari de; LIMA, Lohran Anguera. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 41, n. 115, p. 1168-1176, out./dez. 2017.

LORENZETTI, Jorge *et al.* Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, jun. 2012.

LOPES, Gisele Vieira Dourado Oliveira *et al.* Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 104-110, jan./fev. 2014.

LUZ, Alessandra Rocha *et al.* Acolhimento: uma reflexão sobre o conceito e realidade. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 2225-2237, abr. 2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/335>. Acesso em: 18 jun. 2018.

LUZ, Madel Teixeira. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, inerdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MACÊDO, Maria do Carmo dos Santos; ROMANO, Regina Aurora Trino; HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. Transformação na graduação de Enfermagem da UERJ. *In*: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. (org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2011. 277-294 p.

MACINTYRE, Alasdair. **After virtue: a study in moral theory**. 3. ed. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1984. 286 p.

MAIA, Carmen da Conceição Araújo; RODRIGUES, Fernanda Gonçalves; MAIA, Lenira de Araújo. Pelos caminhos do SUS – avanços e perspectivas de uma política. *In*: SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de; HORTA, Natália de Cássia (org.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 4-14 p.

MAISSIAT, Greisse da Silveira *et al.* Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 42-49, abr./jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51128>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200042&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 ago. 2018.

MARRAN, Ana Lúcia; LIMA, Paulo Gomes; BAGNATO, Maria Helena Salgado. As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 89-108, jan./abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00025>. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100089&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 out. 2018.

MATTIA, Bianca Joana; KLEBA, Maria Elisabeth; PRADO, Marta Lenise do. Formação em enfermagem e a prática profissional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 2157-2168, jul./ago. 2018.

MATUMOTO Silvia *et al.* Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p.123-1230, jan./fev. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100017&lng=en&tlng=en. Acesso em: 30 ago. 2018.

MEDEIROS, Viviane Caroline; PERES, Aida Maris. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da atenção básica à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 27-35, 2011.

MEIRA, Maria Dyrce Dias; KURCGANT, Paulina. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 10-15, jan./fev. 2016.

MELLO, Cleyson de Moraes. A hermenêutica de Hans-Georg Gadamer. **Legis Augustus**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 33-41, jul./dez. 2012. . Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/legisaugustus/article/view/280>. Acesso em: 30 ago. 2018.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MEYER, Dagmar Estermann; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 335-339, jul./ago. 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. 310 p.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; GOMES, Maria Paula Cerqueira. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. *In*: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 25-34 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Prefácio. *In*: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde**. 1. Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 23-30 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 408 p.

MINISTRY OF HEALTH. Consultative council on medical and Allied services. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 05 jun. 2018.

MONTEIRO, Maria do Carmo Sales; MORAES, Teresa Cristina Lara de. Educação permanente para o controle social: uma ferramenta para a gestão participativa e compartilhada. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 119-127, dez. 2017.

MONTENEGRO, Livia Cozer; BRITO, Maria José Menezes. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde. **Investigación y Educación em Enfermería**, Medellín, Colombia, v. 29, n. 2, p. 238-247, jul. 2011. Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/index>. Acesso em: 18 jun. 2018.

MORAES, Bibiana Arantes; COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Understanding the curriculum the light of training guiding health in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.50, n.spe, p.9-16, jun.2016.

MORAES, Gleidially Nayara Bezerra *et al.* Vivência na monitoria de anatomia humana: relato de experiência de discentes-monitores do curso de fisioterapia. **Revista Travessias**, Cascavel, v. 10, n. 3, p. 67-79, set./dez. 2016.

MORAES, Aluana *et al.* A formação do enfermeiro em pesquisa na graduação: percepções docentes, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 1648-1655, 2018. Supl.4.

MORAL, Roger Ruiz *et al.* Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care. **Patient Education and Counseling**, Oslo, Norway, v. 98, n. 8, p. 977-983, ago. 2015. DOI: 10.1016/j.pec.2015.03.00. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858633>. Acesso em: 15 set. 2018.

MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza; DIAS, Maria Socorro de Araújo. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, SP, v. 40, n. 3, p. 300-305, set./dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.811>. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/811/706>. Acesso em: 18 jun. 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da política nacional de atenção básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.1, p. 1-4, fev. 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00206316. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2017.v33n1/e00206316/en>. Acesso em: 25 out. 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOTTA, Luís Cláudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: clínica e crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, abr./jun. 2015.

MOULES, Nancy J. *et al.* **Conducting Hermeneutic Research: From Philosophy to Practice**. New York: Peter Lang. 2015. 214 p.

NEVES, Eloíta Pereira. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 79-92, dez. 2002. Supl.1.

NEVES, Vanessa Ribeiro; SANNA, Maria Cristina. Conceitos e práticas de ensino e exercício da liderança em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 733-740, jul./ago. 2016.

NORA, Carlise Rigon Dalla; ZABOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; VIEIRA, Margarida. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 36, n. 1, p.112-121, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.48809>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100112&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 out. 2018.

OLIVEIRA, Betânia Machado Faraco; DAHER, Donizete Vago. A prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação: o ensinar e o cuidar como participantes do mesmo processo. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 113-138, abr. 2016.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 1-2, abr. 2012.

OLIVEIRA, Franklin Learcton Bezerra de; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson de. Motivações de acadêmicos de enfermagem atuantes em projetos de extensão universitária: a experiência da faculdade ciências da saúde do Trairí/UFRN. **Espaço para saúde**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 36-44, jan./mar. 2015.

OLIVEIRA, Rosalvo de Jesus; LIMA, Wilza Carla Mota Brito. Participação social no Sistema Único de Saúde o envolvimento da população de alagoinhas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 4, p. 942-956, out./dez. 2016.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de *et al.* Professores de enfermagem e o desenvolvimento de competências: reflexões sobre a teoria de Philippe Perrenoud. **Revista de Enfermagem da Universidade de Santa Maria**, Santa Maria, v. 5, n. 3, p. 589-596, abr./jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769214498>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14498>. Acesso em: 15 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Washington: OPAS, 2007. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965. Acesso em: 18 jan.2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008**: Cuidados de saúde primários – agora mais do que nunca. Genebra: OMS, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: ISC, 2002. 447 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In*: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar Moreira (org.). **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 567-586

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO Naomar. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. 29-39 p.

PAULA, Marcilene *et al.* Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p.454-462, abr./jun. 2014.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. *In*: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de janeiro: EPSJV, 2006. 110-114 p.

PINHEIRO, Roseni *et al.* Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. *In:* PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2010. 13-33 p.

PIRES, Ariane da Silva *et al.* A formação de enfermagem na graduação: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 705-711, set./out. 2014.

PIRES, Denise Elvira Pires de. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp., p. 39-44, set. 2013.

PEDUZZI, Marina; SILVA, Adriana Marques da; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. *In:* SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivali (org.). **Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem.** São Paulo: Manole, 2013. 217-243 p.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes *et al.* Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, jul./set. 2012.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola.** Tradução de Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artmed, 1999. 90 p.

PEIXAK, Diéssica Roggia *et al.* Percepção de docentes de enfermagem acerca do ambiente no cuidado ao ser humano. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 489-493, jul./ago. 2014.

POGHOSYAN, Lusine *et al.* Optimizing full scope of practice for nurse practitioners in primary care: A proposed conceptual model. **Nursing Outlook**, v. 64, n. 2, p. 146-155, mar./abr.2016. DOI: 10.1016/j.outlook.2015.11.015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26712385>. Acesso em: 18 jun. 2018.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção primária à saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, abr./jun. 2017.

QUADROS, Jacqueline Silveira de; CALOMÉ, Juliana Silveira. Metodologias de ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun. 2016.

RAMÍREZ, Naydú Acosta; ROMERO, Román Vega. **Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur:** Mapeo de la APS en Perú. Rio de Janeiro: Isags, 2014. Disponível em: <http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/06/mapeo-aps-peru.pdf> Acesso em: 15 jun. 2018.

RAMÍREZ-PÉREZ, Margarita; CÁRDENAS-JIMÉNEZ, Margarita; RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, Sofía. El dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. **Enfermería Universitaria**, México, v. 12, n. 3, p. 144-151, set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2015.3.52762>. Disponível em: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/52762>. Acesso em: 18 jun. 2018.

RAMOS, Carlos Frank Viga *et al.* Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1211-1218, maio/jun. 2018.

RAMOS, Tierle Kosloski *et al.* Estágio curricular supervisionado e a formação do enfermeiro: atividades desenvolvidas. **Revista de Enfermagem da Universidade de Santa Maria**, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 59-71, jan./mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769228124>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28124>. Acesso em: 18 ago. 2018.

RAYMOND, Christy *et al.* Nurse educators' critical thinking: A mixed methods exploration. **Nurse education today**, Canadá, v. 66, p. 117-122. jul.2018. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.04.011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29702440>. Acesso em: 18 jul. 2018.

REBOUÇAS, Lyra Cândida Calhau. **Dez anos de Diretrizes Curriculares Nacionais em Enfermagem: avanços e perspectivas na Bahia**. Orientadora: Josicélia Dumêt Fernandes. 2013.231 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Versões impressa e eletrônica.

RÍOS, Gilberto. **Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur**: Mapeo de la APS en Paraguay. Rio de Janeiro: Isags, 2014. Disponível em: <http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/06/mapeo-aps-paraguay.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

RODRÍGUEZ, José Rolando Sánchez; CUEVAS, Cecília Aguayo; CABRERA, Luz Galdames. Desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, em busca de cuidados profissionais. Relação com teoria crítica. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v. 33, n. 3, out. 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091/296>. Acesso em: 28 jun. 2018

ROMERO, Román Vega; RAMÍREZ, Naydú Acosta. **Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria de salud en los países de América del Sur**: mapeo de la APS en Chile. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014. Disponível em: <http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/06/mapeo-aps-chile.pdf> Acesso em: 15 jun. 2018.

SALUM, Nádia Chiodelli; PRADO, Marta Lenise. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, abr./jun. 2014.

SALVIANO, Márcia Eller Miranda *et al.* Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1172-1177, nov./dez. 2016.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 48-63, jan./mar. 2016.

SANTOS, Ariane Gomes dos *et al.* O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v. 33, n. 3, out. 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295>. Acesso em: 28 jun. 2018.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300861&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2018.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; NERY, Adriana Alves; MATUMOTO, Silvia. Care provided to patients with hypertension and health technologies for treatment. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.1, p.107-114, fev. 2013.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos *et al.* Integração ensino-serviço no contexto da Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2180-2185, jul. 2014. DOI: 10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201447. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9901/10165>. Acesso em: 25 out. 2018.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos *et al.* Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1124-1131, nov./dez. 2016.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos *et al.* Práticas de cuidado da equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 1, p. 36-43, jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a230589p36-43-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230589>. Acesso em: 25 out. 2018.

SANTOS, Iraci. Pela ressignificação e institucionalização do cuidado em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 149-150, abr./jun. 2013.

SANTOS, Jéssica Alves *et al.* Estágio curricular em enfermagem na unidade de saúde da família baiana: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1877-1883, maio. 2016. DOI: 10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201638. Disponível em: <file:///C:/Users/Vanda/Downloads/13569-34701-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

SATO, Mariana; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Arte e humanização das práticas de saúde em uma unidade básica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1027-1038, out./dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0408>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2018. jun. 2018.

SANTOS, Sergio Valverde Marques dos *et al.* Entender el sentido de los cuidados em enfermería. *Revista Cubana de Enfermería, Cidade de Havana*, v. 31, n. 3, jul./set. 2015. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 18 jun. 2018.

SILVA, Claudielly Ferreira; MIRANDA, Moêmia Gomes Oliveira; SARAIVA, Ana Karinne Moura. O compromisso político que permeia a formação em enfermagem: o estágio em questão. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3275-3282, set. 2016. DOI: 10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201530. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10328/11021>. Acesso em: 25 out. 2018.

SILVA, Denise Alves José da; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, out./dez. 2016.

SILVA, Everton Nunes; POWELL-JACKSON, Timothy. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000–2014. **BMJ Global Health**, Reino Unido, v.2, n. 2, p. e000242, jul.2017. DOI: 10.1136/bmjgh-2016-000242. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29225926>. Acesso em: 18 jun. 2018.

SILVA, Herland Tejerina. **Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: Mapeo de la APS en Bolivia**. Rio de Janeiro: Isags, 2014a. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/268685556_Mapeo_y_Analisis_de_los_Modelos_de_Atencion Primaria_en_Salud_en_los_Paises_de_America_del_Sur_Mapeo_de_la_APS_en_Bolivia. Acesso em: 15 jun. 2018.

SILVA, Herland Tejerina. **Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Ecuador**. Rio de Janeiro: Isags, 2014b. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/268685669_Mapeo_y_Analisis_de_los_Modelos_de_Atencion Primaria_a_la_Salud_en_los_Paises_de_America_del_Sur_Mapeo_de_la_APS_en_Ecuador. Acesso em: 15 jun. 2018.

SILVA, Herland Tejerina. **Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: Mapeo de la APS en Venezuela**. Rio de Janeiro: Isags, 2014c. Disponível em: <http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/ev-347-ling-3-anx-326.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny Alves Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set. 2004/ fev. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 15 jun. 2018.

SILVA, Maria Josefina; SOUSA, Eliane Miranda de; FREITAS, Cibelly Lima. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-321, mar./abr. 2011.

SILVA, Marluclena Pinheiro; MALUSÁ, Silvana; SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo. **Ensino de Enfermagem: docência universitária e o princípio da integralidade do SUS**. Jundiaí: Paco Editorial, 2015. 211 p.

SILVA, Simone Santana da; ASSIS, Marluce Maria Araújo; SANTOS, Adriano Maia dos. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família: diferentes olhares analisadores. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-9, ago.2017.

SILVA, Tarcisio Feijó da; ROMANO, Valéria Ferreira. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 363-374, abr./jun. 2015.

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da; PONTES, Ana Lucia de Moura; HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. *In*: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de (org.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2011. 93-130 p.

SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet da; GARCIA, Vera Lúcia. Mudança curricular em odontologia: significados a partir dos sujeitos da aprendizagem. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 145-158, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.10>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 jun. 2018.

SILVEIRA, Rosemary Silva da *et al.* A dimensão moral do cuidado em terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 327-334, abr./jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.10>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 ago. 2018.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHARMM, Fermin Ronald. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a14v10n1.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

SOARES, Daniely dos Anjos Muniz; MARTINS, Alberto MESAQUE. Intersetorialidade e interdisciplinaridade na atenção primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 41, n. 2, p. 508-523, abr./jun. 2017.

SOARES, Sandra Regina; CUNHA, Maria Isabel. Qualidade do ensino de graduação: concepções de docentes pesquisadores. **Revista de Avaliação da Educação Superior**, Sorocaba, v. 22, n. 2, 316-331, jul. 2017.

SORIANO, Elaine Cristina Iacida *et al.* Cursos de enfermagem do estado de São Paulo frente às Diretrizes Curriculares. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 965-972, out./dez. 2015.

SOUZA, Andreia Vieira de; KRÜGER, Tânia Regina. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 80-96, jan./jun. 2010.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira *et al.* Acumulação flexível do capital e o trabalho em enfermagem: revisão de literatura. **Revista Enfermagem Profissional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 236-251, jan./abr. 2014.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira *et al.* Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 912-919, 2017.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

STEIN-BACKES, Dirce *et al.* Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro. **Aquichan**, Colômbia, v. 14, n. 4, p. 560-570, dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.10>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400010&lng=en&nrm=iso&tln=pt. Acesso em: 25 out. 2018.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo; RODRIGUES, Lília Marques Simões. Estágio supervisionado de enfermagem na atenção básica: o planejamento dialógico como dispositivo do processo ensino-aprendizagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1075-1083. 2012.

TAVARES, Elsy Alejandra de Oliveira; PINHEIRO, Maria Teresa de Sousa Frango; JOSÉ, Helena Maria Guerreira. Intervenção comunitária na educação em enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 1774-1778, 2018. Supl.4.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. 237-265 p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-257, set./dez. 2003.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; VILASBÔAS, Ana Luíza Queiroz. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. 287- 301 p.

TEIXEIRA, Elizabeth *et al.* Panorama dos curso de graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 102-110, set. 2013.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe, p. 11-21, out. 2018.

TONHOM, Silvia Franco da Rocha *et al.* Competency-based training in nursing: limits and possibilities. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.48, n.spe2, p.213-220, dez. 2014.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; FILIPPON, Jonathan; GIOVANELLA, Ligia. Atuação do enfermeiro na atenção primária do serviço nacional de saúde da Inglaterra. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 182-191, jan./fev. 2016.

TURCI, Maria Aparecida; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 9, p. 1941-1952, set. 2015.

TURLEY, Jolanda *et al.* Nursing role in well-child care: systematic review of the literature. **Canadian Family Physician**, Canadá, v. 64, n.4, p. 169-180, abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0994>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5897085/>. Acesso em: 18 jun. 2018.

VELLOSO, Marta Pimenta *et al.* Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 257-271, jan./abr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00097>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100257&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 jun. 2018.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* Repensando o modelo de atenção em saúde mediante a reorientação da formação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 1580-1588, 2018. Supl.4.

VERA, Marcela García *et al.* Primary health care: the experience of nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 531-537, 2018. Supl.1.

VERDI, Marta Inez Machado; DA ROS, Marco Aurélio; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Saúde e Sociedade** - Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2010. 25 p.

VIEIRA, Maria Aparecida *et al.* Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v. 5, n. 1, p. 105-121, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/102>. Acesso em: 25 out. 2018.

VILA, Karolyne Marotto *et al.* Projeto político-pedagógico e formação crítico-reflexiva: elementos facilitadores e dificultadores. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1-6, set./out. 2016.

VUORI, Hannu. Primary Health Care in Europe: problems and solutions. **Journal of Public Health**, Reino Unido, v.6, n. 3, p. 221-231. ago.1984. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a043716>. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-abstract/6/3/221/1570063?redirectedFrom=PDF>. Acesso em: 18 jun. 2018.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 2001. 202 p.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. 237 p.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. 190 p.

WALDOW, Vera Regina; FENSTERSEIFER, Lísia Maria. Saberes da enfermagem – a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 629-632, jul./set. 2011.

WESTIN, Lars; SUNDLER, Annelie J.; BERGLUND, Mia. Students' experiences of learning in relation to didactic strategies during the first year of a nursing programme: a qualitative study. **BMC Medical Education**, Hamburg-Eppendorf, v. 17, n.15:49, p. 1-8, mar.2015. DOI: 10.1186/s12909-015-0338-x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25889028>. Acesso em: 25 out. 2018.

WILLCOX, Merlin L. *et al.* Human resources for primary health care in sub-Saharan Africa: progress or stagnation?. **BioMed Central**, Reino Unido, v. 13, n. 76.p.1-11, set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0073-8>. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0073-8>. Acesso em: 18 jun. 2018.

WINTERS, Joanara Rozane da Fontoura; PRADO, Marta Lenise do; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 248-253, abr./jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata: WHO, 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em: 23 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **II Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud**

, Kazajstán:
WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>. Acesso em 08 jan.2019.

ZABOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine A.; CHIESA, Anna Maria. O cuidado de enfermagem em saúde coletiva. *In*: SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli (org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. São Paulo: Manole, 2013. 244-264 p.

ZABOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; SCHVEITZER, Mariana Cabral. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 695-703, jun. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-116920130003000695&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 15 jul. 2018.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**FACULDADE INDEPENDENTE DO NORDESTE - FAINOR**

Credenciada pela Portaria MEC n.º 1.393, de 04 de julho de 2001

Publicado no DOU de 09 de julho de 2001

Prezado (a) Senhor (a), sou **Sonia Acioli de Oliveira** e estou realizando juntamente com **Flavia Pedro dos Anjos Santos**, o estudo sobre **“Práticas de cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde e sua interface com a formação profissional”**.

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), desta pesquisa. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, também não receberá qualquer vantagem financeira. Suas dúvidas referentes a esta Pesquisa serão esclarecidas e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelas pesquisadoras, que tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas ou ressarcidas pelas pesquisadoras.

Este **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**, encontra-se impresso em duas vias originais de mesmo teor, sendo que uma será arquivada pelas pesquisadoras responsáveis, e a outra será fornecida ao senhor (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

A Pesquisa tem por objetivos: analisar as práticas de cuidado de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Jequié/BA e a relação com sua formação

profissional; identificar os aspectos da formação profissional que influenciam nas práticas de cuidado do enfermeiro da APS do município de Jequié/BA e descrever as contribuições da formação profissional para as práticas de cuidado do enfermeiro da APS do município de Jequié/BA.

A realização dessa pesquisa se justifica ao possibilitar um entendimento mais aprofundado sobre as questões que envolvem a prática de cuidado do enfermeiro e sua formação profissional, no intuito de visualizar a maneira como a formação tem contribuído para direcionar as práticas de cuidado ao atendimento das demandas de saúde dos usuários no cotidiano de sua atuação profissional.

A pesquisa será realizada nas Unidades de Saúde da Família e nos Centros de Saúde do município de Jequié-BA, sendo que a coleta dos dados acontecerá no período de abril a junho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada com duração máxima de uma hora realizada com enfermeiros que atuam por um tempo mínimo de três meses nas referidas Unidades de Saúde do município de Jequié. Para a realização das entrevistas utilizaremos um roteiro com questões relacionadas ao objeto de estudo e o gravador para fazer o registro das entrevistas.

O estudo poderá contribuir para promover reflexões sobre as práticas de cuidado do enfermeiro e sua relação com a formação profissional, de modo a evitarmos a separação entre a teoria e a prática, que por vezes ocorre nas práticas de cuidado, visando ainda contribuir para que a formação deste profissional valorize a dimensão subjetiva e relacional do cuidar.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou orientadora. Os resultados gerais obtidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos propostos, incluída sua publicação em revistas e eventos científicos.

Considerando que toda pesquisa oferece RISCOS e BENEFÍCIOS, nesta pesquisa os mesmos podem ser avaliados como:

RISCOS: A pesquisa poderá apresentar como riscos o desconforto que pode ocasionar ao participante da pesquisa por abordar questões relacionadas à sua prática e formação profissional bem como o desgaste físico, a exemplo de cansaço, ocasionado pelo tempo utilizado para conceder a entrevista, sendo que o participante não será obrigado a responder as perguntas, principalmente quando considerar ser uma informação desconfortante.

Para evitar ou minimizar estes possíveis riscos, nos comprometemos a realizar a entrevista no tempo máximo de uma hora, em ambiente reservado e confortável, indicado pelo participante, sendo que o mesmo poderá solicitar a interrupção da entrevista a qualquer momento.

Em caso de algum problema relacionado à participação do colaborador na pesquisa, este terá direito à assistência gratuita, ficando também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação, mediante decisão judicial ou extrajudicial.

BENEFÍCIOS: O estudo não proporcionará nenhum benefício direto ao participante da pesquisa. Contudo, esperamos que o mesmo proporcione maior compreensão sobre o objeto de estudo, contribuindo tanto para aprimorar a prática de cuidado do enfermeiro quanto sua formação profissional.

Sua colaboração se fará de forma anônima, por meio de gravação de entrevista que serão caracterizadas por meio da numeração do entrevistado pela ordem crescente de realização da entrevista, a partir do algarismo arábico 1, a exemplo de Entrevistado 1, e assim sucessivamente, sendo que os dados obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para objetivos estritamente acadêmicos.

Por este meio, _____, AUTORIZO o uso dos meus dados neste Projeto de Pesquisa, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com as pesquisadoras envolvidas, concordo em participar deste estudo como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Compreendo que não irei receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus em troca, e participarei com a finalidade exclusiva de colaborar para as conclusões acadêmicas e científicas da mesma. Foi garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento até a publicação dos dados, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento) e que se houver necessidade, as despesas para a minha participação serão assumidas ou ressarcidas pelas pesquisadoras.

Assinatura do Participante

Flavia Pedro dos Anjos Santos

Pesquisadora responsável

(73) 98815-4703

E-mail: fpsantos@uesb.edu.br

Sonia Acioli de Oliveira

Pesquisadora participante

(21) 2868-8236

E-mail: soacioli@gmail.com.br

ENDEREÇO INSTITUCIONAL DOS**PESQUISADORES:**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequiezinho CEP.

45.208-409 Jequié-BA

Telefone: (73) 3528-9623

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Av. Boulevard 28 de setembro, 157, Vila Isabel

CEP. 20.551-030 Rio de Janeiro

Telefone: (21) 2868-8236

ENDEREÇO DO COMITÊ DE ÉTICA:

Av. São Luiz, n° 31 – Núcleo de Pós-
Graduação, Pesquisa Extensão 2° Andar.
Vitória da Conquista - BA

CEP: 45055-080

Telefone: (77) 3161-1071

E-mail: cep@fainor.com.br

Horário de Funcionamento: Segunda a
sexta, em horário comercial.

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista semiestruturada



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO - UERJ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL – DINTER**



Caracterização do (a) entrevistado (a)

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

1.1 Dados sociodemográficos

Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de atuação profissional: _____

Tempo de trabalho na APS (ano/ mês): _____

Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

1.2 Dados educacionais

Universidade que concluiu a graduação _____

Ano de conclusão da graduação _____

Participou de algum curso de atualização? () Não () Sim

Qual(is): _____

Formação: () Graduação () Especialização

Qual (is): _____

() Mestrado

Qual: _____

Outro: _____

2. Questões disparadoras:

1. Comente de que modo ocorre a relação entre suas práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde e sua formação profissional
2. Fale sobre os aspectos da formação profissional que influenciam em suas práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde
3. Explícite as contribuições da formação profissional para suas práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde

ANEXO A - Autorização institucional para a coleta de dados e declaração de infraestrutura



FACULDADE INDEPENDENTE DO NORDESTE – FAINOR
 Credenciada pela Portaria MEC nº 1.393, de 04 de julho de 2001
 Publicado no DOU de 08 de julho de 2001

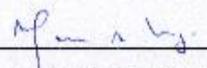
**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A COLETA DE DADOS
 E DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

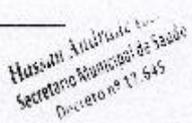
Eu, Hassan Andrade Iossef, ocupante do cargo de Secretário Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié, AUTORIZO a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“Práticas de cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde e sua interface com a formação profissional”** da pesquisadora responsável Flavia Pedro dos Anjos Santos e da pesquisadora participante Sonia Acioli de Oliveira, após a aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (CEP/FAINOR), e declaro que esta instituição apresenta a infraestrutura necessária para a realização da referida pesquisa.

DECLARO que esta instituição apresenta a infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa, e que esta declaração só terá validade no caso de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (CEP/FAINOR).

Vitória da Conquista – Bahia, 15 de fevereiro de 2017.

09.436.466/0001-09
FUNDO MUNICIPAL DE JEQUIÉ
 Praça da Bandeira, SN
 Centro CEP: 45.200-000
Jequié - BA


 Hassan Andrade Iossef
 Secretário municipal de Saúde de Jequié



Av. São Luiz, nº. 31, Anexo 01, 2º Andar, Candelas
 CEP: 45065-080 – Telefone: (77) 3161-1071
 E-mail: cep@fainor.com.br

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da FAINOR/ Plataforma Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO E A INTERFACE COM A FORMAÇÃO

Pesquisador: FLAVIA PEDRO DOS ANJOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65365317.1.0000.5578

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.968.255

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa tem como objeto de estudo as práticas de cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde (APS) e a relação com sua formação profissional. O estudo tem como objetivo geral analisar as práticas de cuidado de enfermeiros da APS do município de Jequié/BA e a relação com sua formação profissional; e como objetivos específicos identificar os aspectos da formação profissional que influenciam nas práticas de cuidado do enfermeiro da APS do município de Jequié/BA e descrever as contribuições da formação profissional para as práticas de cuidado do enfermeiro da APS do município de Jequié/BA. A pesquisa será realizada no município de Jequié/BA, nas equipes de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde que compõem a APS do referido município. Os participantes do estudo serão 30 enfermeiros que atuam na APS, por um tempo mínimo de três meses. Serão utilizadas como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a análise documental. Para a análise dos dados será utilizada a Hermenêutica-dialética. Esta pesquisa respalda-se na Resolução 466/12 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, a partir da qual garantiremos o anonimato, o sigilo e o respeito aos participantes deste estudo e a coleta de dados ocorrerá apenas após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as práticas de cuidado de enfermeiros da APS do município de Jequié/BA e a relação com sua formação profissional.

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candeias **CEP:** 45.055-090
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br



FACULDADE INDEPENDENTE
DO NORDESTE - FAINOR



Continuação do Parecer: 1.968.255

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, a participação do colaborador na pesquisa poderá apresentar como riscos o desconforto que pode ser ocasionado ao falar sobre questões relacionadas à sua prática e formação profissional bem como o desgaste físico, a exemplo de cansaço, ocasionado pelo tempo utilizado para conceder a entrevista, sendo que o participante não será obrigado a responder as perguntas, principalmente quando considerar ser uma informação desconfortante.

Para evitar ou minimizar estes possíveis riscos, nos comprometemos a realizar a entrevista no tempo máximo de uma hora, em ambiente reservado e confortável, indicado pelo participante, sendo que o mesmo poderá solicitar a interrupção da entrevista a qualquer momento. Os benefícios seriam uma maior compreensão sobre o objeto de estudo, contribuindo tanto para aprimorar a prática de cuidado do enfermeiro quanto sua formação profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância e importância na área de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão claros, adequados e de acordo com a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências relacionadas a esta pesquisa, estando a mesma aprovada para o início das atividades propostas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_865508.pdf	24/02/2017 11:58:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/02/2017 11:57:37	FLAVIA PEDRO DOS ANJOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.doc	22/02/2017 13:34:34	FLAVIA PEDRO DOS ANJOS SANTOS	Aceito
Outros	Autorizacao_institucional.pdf	22/02/2017	FLAVIA PEDRO	Aceito

Endereço: Av. São Luiz, n° 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2° andar
 Bairro: Bairro Candéias CEP: 45.055-090
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3161-1071 E-mail: cep@fainor.com.br



FACULDADE INDEPENDENTE
DO NORDESTE - FAINOR



Continuação do Parecer: 1.968.255

Outros	Autorizacao_institucional.pdf	13:34:08	ANJOS SANTOS	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	22/02/2017 13:31:35	FLAVIA PEDRO DOS ANJOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_da_orientadora.pdf	10/02/2017 12:50:40	FLAVIA PEDRO DOS ANJOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_participante.pdf	10/02/2017 12:50:12	FLAVIA PEDRO DOS ANJOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_comprometimento.pdf	10/02/2017 12:49:49	FLAVIA PEDRO DOS ANJOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_coleta_nao_iniciada.pdf	10/02/2017 12:49:26	FLAVIA PEDRO DOS ANJOS	Aceito
Orçamento	Cronograma_financeiro.doc	10/02/2017 12:48:10	FLAVIA PEDRO DOS ANJOS	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_atividades.doc	10/02/2017 12:47:56	FLAVIA PEDRO DOS ANJOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	10/02/2017 12:46:05	FLAVIA PEDRO DOS ANJOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA DA CONQUISTA, 16 de Março de 2017

Assinado por:
ANA PAULA DOS SANTOS LIMA
(Coordenador)

Endereço: Av. São Luiz, n° 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2° andar
Bairro: Bairro Candeias CEP: 45.055-080
UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 E-mail: cep@fainor.com.br

ANEXO C – Solicitação de autorização para coleta de dados à SMS de Jequié



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Reconhecida pelo Decreto Estadual Nº 16.825 de 04 de julho de 2016
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Of. PPGES nº. 55/2017

Jequié, 12 de junho de 2017

Ao:
Dr. Hassan Andrade Iossef
Secretário Municipal de Saúde de Jequié – Bahia

Prezado Senhor,

Considerando que a discente do Doutorado Interinstitucional entre Universidade Estadual do Rio de Janeiro e a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (DINTER UERJ/UESB), Flávia Pedro dos Anjos Santos, está construindo seu projeto de pesquisa intitulado “Práticas de cuidado do Enfermeiro da Atenção Primária Saúde e sua interface com a formação profissional”, a mesma precisa de autorização e apoio desta Secretaria Municipal de Saúde, para realizar pesquisa junto aos Enfermeiros dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família, da zona urbana do município de Jequié/BA.

Atenciosamente,

Adriana Alves Nery
Profa. Dra. Adriana Alves Nery
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem e Saúde - PPGES
UESB - Campus de Jequié

RECEBIDO
EM 20/06/17
[Assinatura]
Sra. Patrícia de O. Soares
Secretária de Saúde
11.06.2017 09:00

ANEXO D – Autorização da SMS de Jequié para coleta de dados nas Unidades de Saúde

700-44-1111
R. S. S. S. S.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Reconhecida pelo Decreto Estadual Nº 16.875 de 04 de julho de 2016
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



OE PPGES nº. 55/2017 Jequié, 12 de junho de 2017

Ao:
Dr. Hassan Andrade Tossef
Secretário Municipal de Saúde de Jequié – Bahia

Prezado Senhor:

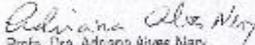
Considerando que a discente do Doutorado Interinstitucional entre Universidade Estadual do Rio de Janeiro e a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (DINTER UERJ/UESB), Flávia Pedro dos Anjos Santos, está construindo seu projeto de pesquisa intitulado “Práticas de cuidado do Enfermeiro da Atenção Primária Saúde e sua interface com a formação profissional”, a mesma precisa de autorização e apoio desta Secretaria Municipal de Saúde, para realizar pesquisa junto aos Enfermeiros dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família, da zona urbana do município de Jequié/Ba.

Atenciosamente,



Inezia Campos Queiroz
Coord. de Atenção Básica
Set. Mun. de Saúde
Decreto nº 17.779
08/07/14

*Autorizado por
Mary*



Prof. Dra. Adriana Alves Nery
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem e Saúde - PPGES
UESB - Campus de Jequié

A DAS

Assessoria

Está com o Sr. Secretário

Mary

Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequitazinho – Jequié-BA
Fone/Fax: (73) 3528-9738 – mestradossantos@gmail.com