

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**PRÁTICAS DE CUIDADO EM UMA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A  
FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Gabriela Fávero Alberti**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2014**

**PRÁTICAS DE CUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DE  
ENFERMEIROS**

**Gabriela Fávero Alberti**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção de título de **Mestre em Enfermagem**.

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith**  
**Coorientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó**

**Santa Maria, RS, Brasil**  
**2014**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Alberti, Gabriela Fávero  
Práticas de Cuidado em uma Unidade de Saúde da  
Família: contribuições para a formação de enfermeiros /  
Gabriela Fávero Alberti.-2014.  
80 f.; 30cm

Orientadora: Maria Denise Schimith  
Coorientadora: Maria de Lourdes Denardin Budó  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2014

1. Enfermagem 2. Cuidados de Enfermagem 3. Atenção  
Primária a Saúde 4. Estratégia Saúde da Família 5.  
Educação em Enfermagem I. Schimith, Maria Denise II. Budó,  
Maria de Lourdes Denardin III. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado em Enfermagem**

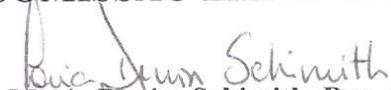
A Comissão de Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado

**PRÁTICAS DE CUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DE  
ENFERMEIROS**

elaborada por  
**Gabriela Fávero Alberti**

como requisito parcial para obtenção de grau de  
**Mestre em Enfermagem**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

  
**Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)

  
**Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)**  
(Coorientadora)

  
**Elisabeta Albertina Nietzsche, Dra. (UFSM)**  
(Titular)

  
**Vânia Marli Schubert Backes, Dra. (UFSC)**  
(Titular)

  
**Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)**  
(Suplente)

**Santa Maria, 16 de dezembro de 2014.**

## AGRADECIMENTOS

Este pequeno texto de agradecimento rememora àqueles que foram disparadores da escolha pelo Mestrado e principalmente por serem pares na constituição da minha trajetória, ora individual, ora coletiva.

Agradeço...

À minha família, que não mediu esforços para incentivar, apoiar e possibilitar que eu alcançasse meus sonhos, especificamente às escolhas que perpassam a minha atividade profissional. Obrigada pelo amor incondicional e pela dedicação. Eu amo muito vocês;

Aos meus Mestres que conheci no percurso da Graduação até o Mestrado. Em especial minhas orientadoras, Maria Denise Schmith e Maria de Lourdes Denardin Budó, pela confiança, carinho, incentivo, paciência e disponibilidade. Construimos uma grande amizade nesta trajetória.

Aos meus amigos. Como diz Nando Reis "entre as coisas mais lindas que eu conheci...". Minha família e meus amigos são o que há de mais valioso na minha vida. O que há de mais incrível em mim e que fortalecem minha crença no amor e na ideia de girar o afeto ao outro que te afeta.

Aos meus amigos do Coletivo IntenSUS. É importante dar um destaque a vocês nesta construção: a escolha da temática, formação em saúde, diz muito dos caminhos que nós tentamos trilhar juntos nestes últimos anos. Diz muito sobre o quanto amadureci como pessoa e como profissional, assumindo a delicadeza e o afeto como prerrogativas essenciais e básicas a qualquer ato que tenha o outro, uma pessoa igual a mim, na ordem do encontro, no cuidado.

E por fim, minhas cadelas, Sophia e Neni. Como não se entregar a tamanha ternura e amor depositado incondicionalmente para você, sem querer e pedir nada em troca? Os bichos, a meu ver, são os únicos capazes de tocar o coração com força absolutamente capaz de fazer respingar na alma.

## **Epígrafe**

**E o que somos nós se não a soma de nossos vínculos com o mundo?**

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### **PRÁTICAS DE CUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS**

Autora: Gabriela Fávero Alberti  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Denise Schimith  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria de Lourdes Denardin Budó  
Local e Data da Defesa: Santa Maria/RS, 16 de dezembro de 2014.

Objetivou-se conhecer as práticas de cuidado de enfermeiros em uma Unidade de Saúde da Família e sua contribuição para a reflexão da formação acadêmica do enfermeiro. A pesquisa delineou-se como estudo de caso de abordagem qualitativa. Utilizou-se um recorte de banco de dados coletado de fevereiro a julho de 2012. O cenário consistiu em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Santa Maria/RS, com duas equipes básicas e uma equipe de saúde bucal. O recorte foi composto por entrevistas semiestruturadas com as enfermeiras, a observação participante com registros em diário de campo das práticas de cuidado e de buscas em documentos como atas de reuniões de equipe e relatórios de sistemas de informações. A análise e interpretação dos dados foram guiadas pela Proposta Operativa com dois momentos operacionais, exploratório e interpretativo. Em relação ao segundo momento, três etapas foram realizadas: a Ordenação dos Dados, com a organização do material em determinada ordem e realizada consoante à construção do banco de dados; a Classificação dos Dados, frente a leituras mais densas e exaustivas e utilizando como pano de fundo os atributos da Atenção Básica foi possível a construção de categorias analíticas; e a Análise Final, considerado um movimento dialético entre o material empírico ao teórico e vice-versa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, Protocolo nº 1939/11, no qual a pesquisadora principal consentiu a utilização do banco de dados mediante assinatura do Termo de Autorização para Utilização do Banco de Dados. Os resultados foram apresentados em dois artigos. No primeiro, as práticas de cuidado analisadas em face do atributo de primeiro contato. A análise das práticas de cuidado possibilitou acenar à formação acadêmica a necessidade da interação da enfermagem com outras profissões, favorecendo que o graduando adquira habilidades para a atuação interdisciplinar e de trabalho em equipe. Além de estimular no graduando a abertura para novas sensibilidades com vista ao desenvolvimento de habilidades que se traduzam em atitudes de compreensão do outro e instigar a postura pró-ativa de modo que o graduando assuma sua participação autêntica no ato de conhecer e refletir sobre o que está naturalizado, construindo seu próprio caminho formativo. No segundo artigo, o enfoque foi ao atributo da longitudinalidade. Pautou-se às práticas de cuidado destinadas a situações específicas de determinados usuários em diferentes momentos da coleta de dados. Neste sentido, a formação deve oportunizar uma diversidade de cenários para que o graduando conheça outros contextos e as relações existentes entre as pessoas e seu entorno; Deve, também, incitar o desenvolvimento de habilidades embasadas em valores como a solidariedade, a responsabilização e a compreensão intersubjetiva das pessoas no qual o cuidado está endereçado; e, por fim, incentivar no graduando a compreensão da relação dialética entre os termos “gerenciar” e “cuidar”, e a relação direta deste com a qualidade do cuidado. Como efeitos desse novo viés formativo, tem-se a transformação das práticas de cuidado e, também, a formação de novos profissionais com consciência de coletividade, aptos a enfrentar a complexidade, ousados para inventar novas práticas e ético-sensíveis-políticos cujo modelo de atenção à saúde a ser alcançado seja o cuidado. Sinaliza-se que, ao se conhecer as práticas de enfermeiros, foi possível pensar caminhos cuja formação não perca de foco a centralidade no graduando, de modo a torná-lo protagonista e desafiá-lo a ser pró-ativo na construção do ser profissional e, conseqüentemente, na construção de uma identidade com o “ser enfermeiro”, destacando-se que novas pesquisas com este objeto devem ser realizadas.

**Descritores:** Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária a Saúde; Estratégia Saúde da Família; Educação em Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### **CARE PRACTICES ON A FAMILY HEALTH CENTER: CONTRIBUTIONS TO THE EDUCATION OF NURSES**

Author: Gabriela Fávero Alberti  
Supervisor: Prof. Dr. Maria Denise Schimith  
Co-supervisor: Prof. Dr. Maria de Lourdes Denardin Budo  
Place and Date of Defense: Santa Maria / RS, December 16, 2014

This work aims to inform about nursing care practices in a Family Health Center and its contribution to the reflection on academic nursing education. The method of this research was done through a qualitative case study approach. Part of the information was collected from a database from February to July 2012. The research was conducted at a Family Health Center in the City of Santa Maria/RS with two multidisciplinary teams and a dental health team. The data collected was composed of semi-structured interviews with nurses, participant observation with diary records of the care practices performed and documenting researches such as minutes from team meetings and records from information storage system. The analysis and interpretation of data were guided by the Operational Proposal with two operational moments, exploratory and interpretative. In relation to the second moment, three steps were performed: the Data Organization, all the material was organized in a specific order and performed according to database construction; the Data Classification, from dense and exhaustive readings and using the attributes of Primary Care as background, it was possible to construct the analytical categories; and the Final Analysis, considering a dialectical movement between the empirical and theoretical material, or vice versa. This study was approved by the Ethics Committee, Protocol 1939/11, in which the principal researcher consented to the use of data by signing the Authorization Term for Database Using. The results were presented in two articles. First, the analysis of care practices regarding the first contact attribute. It helped to alert to the academic education the necessity of interaction between nurses and other professionals, favoring an academic student to acquire more skills for the interdisciplinary team work. In addition, it stimulates on a student an opening for new sensibilities with a view on the development of abilities that can be translated in comprehension attitudes of others and investigate the pro-active behavior in a way that the student assumes their authentic participation in the act of meeting and reflecting about what is being naturalized, building their formative way. Second, the focus was on the longitudinality attribute. Guided to the care practices for specific situations of certain users at different times of data collection. In this sense, the academic education should provide a variety of scenarios for a student to meet other contexts and the relationships between people and their surroundings; It should also encourage the development of information skills in values such as solidarity, accountability and inter-subjective understanding of people in which care is addressed; and, finally, encourage a student to understand the dialectical relationship between "managing" and "care" and the straight relation with the quality of care. As effects of this new bias in education, we have the transformation of care practices and also the formation of new professionals with collective consciousness, able to face the complexity, daring to invent new practices and ethical-political-sensitive whose health care model to achieve is care. It indicates that by knowing the practice of nurses, it was possible to think some ways whose academic education does not lose focus on the centrality of the student in order to make them protagonist and challenge them to be proactive in building the professional and be hence the construction of an identity with "being a nurse", emphasizing that more studies with this subject should be performed.

**Descriptors:** Nursing; Nursing Care; Primary Health Care; Family Health Center; Education, Nursing

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AB** - Atenção Básica  
**ACD** - Auxiliar de Consultório Dentário  
**ACS** - Agentes Comunitários de Saúde  
**APS** - Atenção Primária à Saúde  
**CNE** - Conselho Nacional de Educação  
**CNS** - Conselho Nacional de Saúde  
**CRAS** - Centro de Referência Assistência Social  
**DCN** - Diretrizes Curriculares Nacionais  
**ESF** - Estratégia Saúde da Família  
**HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica  
**HUSM** – Hospital Universitário de Santa Maria  
**HU** - Hospital Universitário  
**IES** – Instituição de Ensino Superior  
**IntenSUS** -Interdisciplinaridade e Ensino no Sistema Único de Saúde  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**PA** - Pronto Atendimento  
**PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica  
**PPP** - Projeto Político Pedagógico  
**PTS** - Projeto Terapêutico Singular  
**RAS** - Rede de Atenção à Saúde  
**SAMU** - Serviço Móvel de Urgência  
**SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica  
**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde  
**SUS** - Sistema Único de Saúde  
**Tb** - Tuberculose  
**UFMS** - Universidade Federal de Santa Maria  
**UNIFESP** - Universidade Federal de São Paulo  
**USF** - Unidade de Saúde da Família  
**VD** - Visita Domiciliar  
**VER-SUS** - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>1 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>18</b>
1.1 Tipo de Estudo .....	18
1.2 Análise e Interpretação dos Dados.....	20
1.3 Dimensão Ética .....	22
<b>2 RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 Artigo 1 – Atributo do Primeiro Contato na Atenção Básica e Práticas de Cuidado: contribuições para a formação acadêmica do enfermeiro</b> .....	<b>23</b>
Resumo .....	24
Abstract.....	24
Resumen .....	25
Introdução .....	25
Metodologia.....	28
Resultados.....	29
Discussão .....	34
Considerações Finais .....	40
Referências .....	41
<b>2.2 Artigo 2 - Práticas de Cuidado e Longitudinalidade na Atenção Básica: proposições para repensar a formação acadêmica do enfermeiro</b> .....	<b>44</b>
Resumo .....	44
Resumen .....	44
Abstract.....	45
Introdução .....	46
Materiais e Métodos .....	48
Resultados e Discussões .....	49
Conclusão .....	61
Referências .....	62
<b>3 DISCUSSÃO</b> .....	<b>64</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>73</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>77</b>
<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo</b> .....	<b>78</b>
<b>ANEXO B - Termo de Autorização para Utilização do Banco de Dados</b> .....	<b>79</b>

## INTRODUÇÃO

A busca pela afirmação da saúde como direito, bem social necessário para a garantia de dignidade de vida, da inclusão e valorização da diversidade de histórias dos brasileiros para se pensar e construir um projeto de saúde para o Brasil, tomou a frente das discussões do movimento social da Reforma Sanitária Brasileira, em meados dos anos de 1980. O brasileiro ganha voz pela primeira vez na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a partir de um processo participativo, democrático e representativo que permeou as plenárias da conferência.

Por intermédio da 8ª Conferência Nacional de Saúde, desvelou-se a evidente necessidade de modificar o setor de saúde. Como produto dessa luta política e social, tem-se o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b). Os princípios que implicam na direcionalidade do SUS, ainda em disputa na sociedade, consistem na integralidade, universalidade e equidade. Os três culminam na tentativa de reorganizar a conjuntura da saúde do país a partir de estratégias claras para garantir a melhoria dos indicadores de saúde da população, com interface na promoção e recuperação de saúde e prevenção de agravos.

Um dos elementos imprescindíveis à produção e sustentabilidade do SUS está na formação dos profissionais e trabalhadores de saúde de modo que atenda as novas perspectivas políticas e sociais do país e que tenha como expressão constitutiva (ou deveria ter) a defesa da vida dos brasileiros. O SUS traz, entre seus objetivos, a função de “ordenação da formação de recursos humanos<sup>1</sup> na área de saúde” (BRASIL, 1990a), ou seja, deve determinar os caminhos e descaminhos possíveis em vista de que a “formação é a porta de entrada no SUS” (BILLIBIO, 2009, p. 19). Contudo, Chaves (2014, p.326), ao se referir às novas exigências postas à formação pela política do SUS, faz uma ressalva: ainda que a formação na área avance para atender as orientações das políticas públicas nos últimos anos, – inclusive ao próprio SUS – estas “imposições políticas”, quando isoladas, não possuem potencial de mudança na educação profissional.

---

<sup>1</sup> Neste texto dissertativo não se tem apreço pelo termo “recursos humanos” em razão de compreender que este traz consigo o entendimento similar a um insumo, como, por exemplo, recursos materiais. Por se tratarem de pessoas, sujeitos imbuídos de singularidades, intencionalidades, desejos e, também, pensando que o cuidado perpassa um ato de vida (COLLIÈRE, 1999), individual e de reciprocidade, optou-se por utilizar as expressões “*trabalhador e/ou profissional*” para se referir as pessoas que fazem do cuidado o ofício de sua profissão, em destaque o enfermeiro.

Cabe situar, aqui, a origem das inquietações da autora. Das experiências coletivas vivenciadas e que dispararam a iniciativa de debruçar-se à temática da formação em saúde, há grande destaque à participação nas Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), no período de 2011 até o momento atual. O projeto de âmbito nacional, cujo princípio primordial é proporcionar o conhecer o SUS de modo que incida em mudança real na formação da saúde, emergiu do movimento estudantil. Entre os princípios do projeto VER-SUS, em uma perspectiva ampliada, estão: a imersão, multidisciplinaridade, caráter interinstitucional, promoção de espaços de diálogo com a gestão, controle social, trabalhadores de saúde e o próprio ensino (FERLA, RAMOS, LEAL, CARVALHO, 2013).

Por caracterizar-se pela imersão de estudantes nas realidades multifacetadas do SUS e em vista de que o Brasil possui dimensões continentais, não seria possível pensar um projeto único que atendesse à sua diversidade e, portanto, há coletivos estudantis organizados que articulam a logística destas vivências nos territórios de saúde locorregionais. Especificamente quanto aos territórios em que a autora esteve envolvida, está a 4ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sub-região Entrerios, referenciada pelo Município de Santiago, onde participa desde 2011 (na época, graduanda em enfermagem) do Coletivo IntenSUS (interdisciplinaridade e ensino no Sistema Único de Saúde), tendo com atividades específicas a organização coletiva deste projeto no âmbito local. Para cada edição de VER-SUS que a autora vivenciou, pode-se dizer que existiu um novo estranhamento, ainda que o território fosse o mesmo para todas as edições. No entanto, o corpo presente ali era outro, renovado a cada nova vivência, aberto às diferentes experimentações, principalmente, para vivenciar na “pele” o aprendizado como produção de sentidos e, por isso, acredita-se que o VER-SUS é uma proposta que incide na real mudança na formação em saúde.

Retornando ao breve resgate das iniciativas de mudança na formação e nas profissões de saúde, em 2001, instituíram-se as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), resultantes de audiências públicas do Conselho Nacional de Educação (CNE) com as associações de ensino das profissões de saúde e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). As DCNs oferecem orientações para a elaboração dos currículos dos cursos superiores que devem ser necessariamente adotadas por todas as Instituições de Ensino Superior (IES) no país. Asseguram a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da educação nos novos currículos, fundamentados no arcabouço teórico do SUS, Epidemiologia, do Processo Saúde/Doença/Cuidado e o compromisso com a cidadania e ética (BRASIL, 2001).

Para o Curso de Enfermagem, as DCNs incentivam a formação generalista, humanista, sólida, crítica e reflexiva, pautada nos princípios da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Fundamentadas, também, no conceito ampliado de saúde e nas diretrizes do SUS entendidas como base essencial dessa articulação (BRASIL, 2001). Entretanto, visto que para Chaves (2014) as DCNs são formas macropolíticas que impõem parâmetros e caminhos às IES, como qualquer política há conflitos, disputas e interesses dos diferentes atores envolvidos e que atravessam o processo de formação, mas este diálogo não faz parte do objeto de debate deste estudo.

Com vista a tornar o SUS mais próximo da vida das pessoas e conhecendo o mosaico de regiões existentes no país, a Atenção Básica (AB), a partir da Saúde da Família, tem como premissa básica dar conta dos problemas mais comuns da população. Por essa razão, se diz que a AB é desenvolvida com alto grau de capilaridade e descentralização. No exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, e por intermédio de equipes multidisciplinares em atuação interdisciplinar em caráter de equipe, as ações da AB são dirigidas a populações com territórios delimitados geograficamente. Com isso, ela assume a responsabilidade sanitária considerando as especificidades locais regionais do território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011; MENDES, 2012).

De acordo com Mendes (2012) a AB só será considerada de qualidade quando os sete atributos forem operacionalizados em sua totalidade. São eles, os atributos essenciais: o primeiro contato (refere-se a acessibilidade e busca pelo serviço a cada novo problema de saúde); a longitudinalidade (existência de um aporte regular de cuidados ao longo do tempo); a integralidade (oferta de um conjunto de serviços pela equipe de saúde, com viés na promoção, prevenção, cura e reabilitação); e coordenação do cuidado (articula a função de comunicação com outros pontos da rede de saúde).

Além destes, os atributos derivados consistem na focalização na família, na orientação comunitária e na competência cultural. Operacionalizando estes atributos, a AB conseguirá cumprir suas três funções essenciais: resolubilidade (com possibilidade de resolução de até 85% dos problemas de saúde da população), comunicação (expressa a AB como centro de comunicação dentro de uma rede de serviços de saúde, ordenando o fluxo e contrafluxo dessas pessoas) e responsabilização (pelo cuidado dos usuários em qualquer dos pontos da rede que este esteja, por intermédio de uma relação horizontal, contínua e integrada) (MENDES, 2012).

Visto que o cuidado pressupõe um fenômeno existencial, relacional e contextual (WALDOW, 2006), parte-se do pressuposto de que uma das finalidades da formação é desenvolver no graduando a descoberta de si mesmo, dissolvendo identidades, reconfigurando (novas) existências. Também implica na relação com o outro, desvela e inventa possibilidades de agir e estar no mundo, relacional e existencial. Como fazer, então, com que o futuro enfermeiro compreenda o cuidado como uma forma de ser, de estar e viver no mundo se, no entanto, não reconhece a si mesmo e não compreende seu papel no mundo?

A demanda por cuidado, cada dia mais crescente, tem exigido a atuação de diferentes núcleos profissionais<sup>2</sup>, cujo outro demandante de atenção busca o cuidado em sua totalidade e requer um agir profissional que o inclua na negociação e tomada de decisão sobre sua vida, a partir da interação e envolvimento entre os sujeitos (PINHEIRO, 2009, p. 110-111). À vista disso, o cuidado perpassa a singularidade do ser associada ao território particular, individual/coletivo, dos sujeitos. Não se reduz ao substrato biológico e à doença unicamente, mas considera os componentes que constituem a vida humana, interativos, interdependentes e retroativos. Tem ação na afirmação e conservação da vida do sujeito e do grupo em que este se insere.

Por isso, identifica-se na enfermagem (neste estudo especialmente será abordado o enfermeiro) a identidade de contato próximo com o outro. O cuidado é o meio pelo qual se produz saúde e bem-estar, manifestando-se nas práticas cotidianas da enfermagem. Além disso, como cenário onde as práticas de cuidado são desenvolvidas, é na AB, representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se concretiza um *locus* privilegiado para o desenvolvimento do cuidado complexo.

Na sua trajetória profissional, a enfermagem apropria-se do cuidado, tornando este seu objeto de trabalho, elemento estrutural da sua prática e de investigação (FERREIRA; ACIOLI, 2009). O cuidado compreende uma dimensão da integralidade que deve embasar as práticas de saúde, que não poderão, entretanto, limitarem-se somente às competências e tarefas técnicas (PINHEIRO, 2009), pois o cuidado também diz respeito a postura ética, estética e política. Sendo o ser humano o beneficiário da prática de cuidado da enfermagem, o profissional deve considerar o ser humano como uma unidade complexa multidimensional: ao mesmo tempo, o ser é psíquico, social, biológico, racional, e faz parte de uma sociedade. Ela

---

<sup>2</sup> Mehry (2005) salienta que o que diferencia uma profissão de outra é o núcleo profissional a qual pertence e que define os saberes que dominam com exclusividade ou predominância os objetos de suas ações e finalidades.

(a sociedade) está presente em cada indivíduo com suas dimensões histórica, sociológica, religiosa, política, entre outras (MORIN, 2011, p. 35-36). O ser humano é um todo indivisível.

No âmbito da saúde, desenvolvem-se distintas noções de cuidar, visto que estas se destinam aos seres humanos (ROSELLÓ, 2009) e, de acordo com a lente de cuidado que o enfermeiro os define, isso também se traduzirá na sua prática. Uma definição ampliada sobre práticas de cuidado, e adotada para este estudo, está sustentada por Ferreira e Acioli (2010, p. 531) como ações e maneiras de fazer a partir do desenvolvimento de esforços, estratégias e/ou táticas que asseguram a continuidade da vida, seja de um indivíduo ou coletivo/grupo social.

As autoras também salientam que o modo como a prática de cuidado é desenvolvida pela enfermagem no cotidiano de trabalho está permeada de valores e concepções que incorporam o contexto histórico e social contemporâneo (FERREIRA, ACIOLI, 2010). Em síntese, entende-se que a prática de cuidado é o valor ético e moral incorporado por alguém (aqui, o enfermeiro) traduzido em uma ação concreta.

Neste estudo, as práticas de cuidado do enfermeiro consideradas foram todas as ações direcionadas direta ou indiretamente ao usuário, em diferentes situações que perpassaram a atuação profissional no cenário da AB, por exemplo, a recepção do sujeito na Unidade de Saúde da Família (USF), a participação em reuniões de equipe, a condução de casos que requeriam acompanhamento das intervenções terapêuticas, a utilização (ou não) da visita domiciliária como instrumento de produção do cuidado, a realização de grupos de educação em saúde, entre outros.

Da mesma forma, assume-se como proposição deste estudo que o *habitus*<sup>3</sup> de cuidar se desenvolve e/ou adquire durante a formação acadêmica. As ideias que circundam o sistema educacional muitas vezes capturam o sujeito a somente reproduzir e não *refletir* sobre elas. Essa condição está atrelada ao processo ensino-aprendizagem a que o educando está submetido, ora pautado na pedagogia tradicional, ora na pedagogia tecnicista<sup>4</sup>, que atravessaram a formação da enfermagem em determinado tempo e espaço.

---

<sup>3</sup> *Habitus* é entendido aqui como um “padrão de ser”, em que o indivíduo age e pensa em face de conhecimentos adquiridos e interiorizados a partir de preferências, estruturas cognitivas duradouras e de estruturas de ação que dão norte à percepção de determinada situação e a resposta adequada. É adaptação (BOURDIEU, 1997). Nesse caso, a formação inscreve no graduando modos e maneiras de agir e pensar, seguindo a vertente de ensino-aprendizagem vigente.

<sup>4</sup> No capítulo *O processo de ensinar e Aprender Inscrito nas Diferentes Orientações Pedagógicas*, Backes e Nietzsche (2009) descrevem os principais processos de ensino-aprendizagem e discorrem sobre a Pedagogia

Há de se fazer um adendo, fazendo referência ao paradigma cartesiano que, por longos anos, permeou o cuidar e o educar, estando presente no modelo de atenção à saúde, denominado biomédico, e também no processo de formação das profissões de saúde. Caracterizado pela fragmentação do ser humano, abre margem para a hiperespecialização e apresenta o hospital como referência para a doença e para a cura, com predomínio de práticas objetivamente técnicas. De acordo com Morin (2011, p.24) “os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo os paradigmas inscritos neles” e, nesse sentido, a formação evoca no sujeito uma maneira de ver, compreender e agir no mundo. A compreensão do mundo no que tange à saúde, majoritariamente, deveria estar assentada na compreensão do outro e das relações que ligam ser humano e seu contexto.

Para tanto, a fim de provocar a superação do pensamento reducionista pautado no paradigma acima referido, Morin (2011) introduz a discussão do pensamento complexo, oposto ao simplismo, que suscita apreender o que está tecido junto (*complexus*), sob o ato de conjugar as partes constitutivas de uma totalidade, no caso em questão, o ser humano. O pensamento complexo é capaz de distinguir sem, no entanto, dividir; e unir, sem individualizar. A urgente necessidade de uma consciência capaz de integrar e fazer interagir diferentes elementos/realidades implica na possibilidade de emergir uma nova sociedade que, nos tempos atuais, possui um individualismo acentuado. Basicamente, o pensamento complexo sustenta-se no religar parte e todo, bem como a cultura científica à cultura das humanidades. Também sustenta a discussão de repensar os rumos da educação e reconstruir o conhecimento simplificado (MORIN, 2011; 2012). Neste estudo, a teoria do pensamento complexo auxiliou na análise das práticas de cuidado do enfermeiro, por consequência de seus efeitos de ativação que possibilitaram sinalizar perspectivas que poderão ser incorporadas na reflexão sobre a formação acadêmica do enfermeiro.

A fim de se obter sustentabilidade na implementação do SUS, é fundamental que os profissionais e trabalhadores de saúde assumam o compromisso com as diretrizes que permeiam a AB em suas práticas de cuidado. Nesse ponto, a educação assume posição de destaque. Deve contribuir para a construção do conhecimento e de práticas de cuidado

---

Tradicional (modelo vocacional, conhecimento desvinculado da realidade social, aluno passivo amparado na autoridade do professor), a pedagogia da Escola Tecnicista (permeada pelos princípios da racionalidade técnica, na lógica da produção de indivíduos competentes a atender as exigências do mercado de trabalho) e a Pedagogia Libertadora (da Escola Crítica, possuindo Paulo Freire como seu principal interlocutor. A pedagogia está comprometida com uma proposta de cunho transformador e sustentada em uma atitude crítico-reflexivo). Para as autoras, estas três pedagogias atravessam a formação da enfermagem até os dias atuais.

revitalizando o trabalho no SUS. Deve abordar, também, os conceitos que implicam na transformação radical do pensamento dos trabalhadores sobre o cuidado, pois tanto a educação quanto a saúde potencializam a emancipação humana.

Para isso, as intenções da educação direcionadas à perspectiva da saúde especificamente vão ao encontro do que Morin (2012, p. 10-11) aborda como a diferença entre educação e ensino. Para o autor, a educação implica no desenvolvimento do ser humano por um autodidatismo na medida em que provoca a autonomia do espírito. O ensino, por sua vez, está relacionado à transmissão de conhecimentos somente de cunho cognitivo. Com isso, o autor acredita que qualquer reforma no ensino que se preze deverá ser acionada simultaneamente por uma reforma no pensamento. Ambas as reformas convergem na aprendizagem cidadã, na condição humana, na cultura em seu sentido amplo, em religar as disciplinas, unir homem e natureza.

Ao realizar um levantamento bibliográfico desenhando o estado da arte acerca da formação profissional para atuação no SUS e AB no Brasil, pôde-se constatar que ainda são incipientes as tentativas de superação do modelo biomédico. Identificaram-se estudos que apontam a existência de fragilidades na base teórica, na experiência docente e nos processos didáticos (COSTA, MIRANDA, 2010; MORAES, LOPES, 2010); pouca variabilidade dos cenários de ensino-aprendizagem e a necessidade de outros espaços (SANTORUM; CESTARI, 2011); incentivos e suporte das práticas educacionais que possibilitem a produção do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e a consciência crítica dos estudantes (FERREIRA, FIORINI, CRIVELARO 2010); e a evidência de um ensino desconectado ao contexto real de vida da população e impermeável ao controle social sobre a saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Nessa conjuntura, a pesquisa buscou responder **a questão** norteadora “como as práticas de cuidado de enfermeiros em uma Unidade de Saúde da Família (USF) contribuem para a reflexão da formação acadêmica?”. O **objetivo** do estudo foi analisar as práticas de cuidado de enfermeiros em uma Unidade de Saúde da Família e sua contribuição para a reflexão da formação acadêmica do enfermeiro. Como objetivos específicos, estão: a) Conhecer as práticas de cuidado de enfermeiros de uma Unidade de Saúde da Família relacionadas ao atributo do primeiro contato; e b) Conhecer as práticas de cuidado do enfermeiro em relação ao atributo da longitudinalidade.

Na organização do texto dissertativo, tem-se a **introdução** como um espaço de discorrer sobre o objeto do estudo, apresentando as ideias que subsidiaram essa construção; no **percurso metodológico**, apresenta-se a construção metodológica da referida pesquisa; nos **resultados**, dois artigos completos foram construídos, respeitando as normas formais dos periódicos escolhidos para submissão, para apresentar a análise e interpretação dos resultados obtidos. Por conseguinte, em **discussões**, buscou-se amarrar as contribuições apontadas nos artigos de modo a propor uma discussão mais geral sobre a formação acadêmica do enfermeiro. Por fim, **considerações finais**, delineando uma síntese dos elementos constantes no corpo do trabalho, apresentando perspectivas futuras e limitações do estudo.

# 1 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa foi um subprojeto que utilizou um recorte do banco de dados pertencente ao projeto matricial “Relações entre trabalhadores de saúde e usuários em uma unidade saúde da família: a construção da rede de atenção à saúde” (SCHIMITH, 2012), pertencente à linha de pesquisa “Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde”, da Universidade Federal de Santa Maria/RS (UFSM). Diferentemente, a pesquisa se propôs a um olhar inverso, cujos pressupostos apontam as práticas de cuidado em ato como possibilidade de questionar os elementos constitutivos na prática de cuidado e pensar, reflexivamente, a formação acadêmica de enfermeiros.

## 1.1 Tipo de Estudo

Como método científico, esta pesquisa delineou-se como estudo de caso de abordagem qualitativa que enfoca eventos contemporâneos no contexto da vida real. Esta forma de investigação possibilita o exame de fenômenos quando os comportamentos não podem ser manipulados. O método requer a utilização de múltiplas fontes de evidência, assim como a utilização de protocolos para nortear a pesquisadora na realização da coleta de dados. Portanto, possibilita a criação de um banco de dados e o constante gerenciamento das conexões entre as evidências (YIN, 2010).

O ambiente ou cenário em que os dados foram coletados – que no estudo de caso geralmente é chamado de unidade de análise – consistiu em uma USF do Município de Santa Maria, região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, pertencente à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. A USF de análise possui duas equipes básicas e uma equipe de saúde bucal. Seu território de abrangência tem cerca de 10 mil pessoas. Os profissionais e trabalhadores de saúde que atuam na USF são: Auxiliar Administrativo, nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), um Auxiliar de Serviços Gerais, um coordenador administrativo de USF, duas enfermeiras, uma médica, uma odontóloga e duas técnicas de enfermagem.

Durante o percurso da coleta de dados, o horário de atendimento da USF era das 8 h às 16 h. Eram distribuídas, por dia, 15 fichas de atendimento médico para cada turno. O usuário chegava à unidade, apresentava sua demanda ao profissional que no momento se encontrava na recepção e, posteriormente, era direcionado ao profissional indicado após a triagem. O regime de trabalho da médica clínica-geral era contrato temporário. O ingresso das enfermeiras, técnicas de enfermagem, odontóloga e da ACD na USF ocorreram mediante concurso público realizado em 2011. Especificamente as enfermeiras, sujeitos que são enfatizados neste estudo, cada uma possui especialização em Saúde Coletiva/Estratégia de Saúde da Família. As duas ingressaram juntas na USF, em 2011, totalizando, para cada, nove meses de atuação no cargo.

Ainda, com relação ao ingresso das ACS, estas fizeram concurso em 2008, embora algumas delas já atuassem no município, contratadas em período anterior. Os outros trabalhadores de saúde que também atuavam no local eram: uma recepcionista que anteriormente era funcionária da limpeza e assumiu a recepção; um servidor de limpeza, que também fica na recepção na ausência da recepcionista; e um coordenador da unidade considerado cargo de confiança do governo municipal, responsável por outras duas unidades também.

Para a construção do banco de dados, as técnicas de coleta de dados utilizadas foram: entrevista semiestruturada com os sujeitos, observação participante com respectivos registros em diário de campo das práticas de cuidado dos profissionais de saúde, usuários, reuniões de equipe além de buscas em documentos e registros em sistemas de informações. Em vista da complexidade do tema, optou-se pela triangulação de dados. O período de coleta de dados foi de fevereiro a junho de 2012.

A entrevista é a técnica de interação social mais usada no processo de trabalho de campo. Minayo (2010) considera-a como uma comunicação verbal e uma fonte de informação sobre determinado tema científico. Trata-se de dados que se referem diretamente ao entrevistado denominados de informações subjetivas. A entrevista semiestruturada articulou perguntas fechadas com abertas, possibilitando que o participante falasse livremente sobre os assuntos que iam surgindo sobre a temática principal. A técnica consiste em conversas guiadas que, no estudo de caso, são fluidas e não rígidas ou estruturadas (MINAYO, 2010; YIN, 2010). Das entrevistas que compõem o banco de dados, nesta pesquisa, o recorte selecionado utilizou somente aquelas com as duas enfermeiras da USF.

Em relação à observação participante, esta possibilitou a investigação da pluralidade de comportamentos em um período de tempo. Consistiu na imersão da pesquisadora no ambiente natural do caso, presumindo-se que os fenômenos de interesse do pesquisador não eram exclusivamente históricos (YIN, 2010). Assim, o “observador-como-participante” é compreendido como uma estratégia complementar ao uso das entrevistas (MINAYO, 2010, p. 142).

Os documentos utilizados consistiram em atas das reuniões de equipe; agenda dos encaminhamentos, exames, consultas e de profissionais; ofícios recebidos pela USF; relatórios de informação da AB como, por exemplo, os relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Estes foram utilizados com cautela de modo a facilitar o entendimento em profundidade do caso estudado, correspondente a fase exploratória da análise dos dados, abaixo descrita.

Assim, os comportamentos investigados se referem às práticas de cuidado das enfermeiras na USF, observadas e relatadas em diários de campo. Vale destacar que, segundo Yin (2010), os estudos de caso não são generalizáveis às populações e aos universos, mas, sim, possibilitam a generalização às proposições teóricas.

## **1.2 Análise e Interpretação dos Dados**

O estudo de caso possui seus métodos e estratégias de planejamento, abordados por Yin (2010). Em referência aos critérios de análise e interpretação dos dados, o autor sugere diferentes estratégias de manipulação analítica. Afirma que, para um conjunto diversificado de evidências, faz-se necessário que o pesquisador desenvolva suas próprias estratégias. Contudo, para cada estudo de caso, o pesquisador deve se esforçar para ter uma estratégia analítica geral que estabelecerá prioridades do que deve ser analisado. Em síntese, a análise foi guiada pela questão de pesquisa, os objetivos estabelecidos e também pelo referencial teórico adotado (YIN, 2010).

Nesse sentido, optou-se por utilizar a Proposta Operativa da autora Maria Cecília de Souza Minayo (2010). A técnica foi desenvolvida para operacionalizar a análise e interpretação dos dados que, além da essência dos discursos/observações/documentos, se

preocupa também em descrever como se constroem socialmente as discussões sobre as múltiplas dimensões do objeto em estudo. Minayo (2010) indica dois níveis operacionais. O primeiro, exploratório, visa conhecer o contexto histórico do objeto; e o segundo, interpretativo, se subdivide em três etapas descritas na sequência:

A primeira etapa, ordenação dos dados, refere-se ao conjunto de materiais coletados. A transcrição, a leitura, a releitura e a organização dos relatos em determinada ordem. É o momento no qual é formado um mapa horizontal das descobertas em campo. Por tratar-se de um banco de dados esta etapa já se encontrava construída. O material coletado está organizado em três polígrafos, cada um referente à técnica de coleta de dados utilizada, em sequência cronológica. Além disso, a pesquisadora teve acesso à versão digital do banco de dados. Para tanto, o ponto de partida escolhido (estratégia analítica geral) foi realizar uma leitura inicial, na íntegra, do recorte selecionado para esta pesquisa, a fim de possibilitar a familiarização do pesquisador com os dados.

A classificação dos dados, segunda etapa, compreendeu leituras mais densas e exaustivas do recorte, de modo a apreender as estruturas, situações e momentos-chave relevantes sobre o tema em estudo. Foi o primeiro passo para a construção das categorias empíricas e, em sequência, foi possível delinear as categorias analíticas.

Frente a essas novas leituras, um componente importante que subsidiou a análise inicial consistiu em *notas para o estudo de caso*, sugeridas por Yin (2010). Ou seja, anotações organizadas em *notepad* coloridas sinalizando, no material impresso, os substratos considerados relevantes para responder ao objetivo desta pesquisa.

Posteriormente, todos os substratos considerados relevantes foram revisados e confrontados com os arquivos digitais, extraídos e organizados em um documento de Word suplementar, referenciadas por tópicos de informações, processo que possibilitou enxugar as classificações e estabelecer categorias centrais. Minayo (2010) denomina este momento de *corpus* do trabalho. *A priori*, utilizaram-se os atributos da Atenção Básica para nortear a seleção, nomear os tópicos de informações, bem como para auxiliar na análise e interpretação dos dados. Para tanto, a apresentação dos resultados enfocou, especificamente, o atributo do primeiro contato e da longitudinalidade.

A terceira e última etapa – análise final – salienta a inflexão às duas fases anteriores sobre o material empírico, considerada pela autora um “verdadeiro movimento dialético” (MINAYO, 2010, p. 236), pois vai do material empírico ao teórico e vice-versa. Trata-se de

uma fase que se intitula final, mas que é provisória e necessita vinculação estratégica com a realidade a partir de aspectos indicativos que auxiliaram a revisar conceitos, programas, relações, etc.

### **1.3 Dimensão Ética**

A pesquisa matricial possui aprovação e consentimento da equipe de saúde da USF estudada, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Maria/RS e também pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), conforme Protocolo nº 1939/11, disponível no Anexo A. No período de coleta de dados, fevereiro a julho de 2012, os sujeitos que participaram da pesquisa registraram consentimento mediante assinatura voluntária, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que apresentava objetivos e metodologia da pesquisa, garantia de anonimato da identificação e das informações obtidas, preservação da liberdade de participação de forma espontânea e o direito de desistência a qualquer momento sem prejuízos aos mesmos.

Os dados coletados compuseram o banco de dados, conforme explicitado anteriormente. Para utilização do recorte do banco de dados para execução desta pesquisa, a pesquisadora principal do projeto matricial assinou o Termo de Autorização para Utilização do Banco de Dados, ilustrado no Anexo B, cujo documento autoriza a utilização destes dados condicionada ao cumprimento, pela pesquisadora deste estudo, aos requisitos da Resolução 466/2012.

A fim de garantir o anonimato da equipe pesquisada, o nome da USF não foi revelado. Os sujeitos foram identificados com a letra inicial da categoria profissional, por exemplo, E quando o sujeito for enfermeiro, ou com ACS, quando o sujeito for agente comunitário de saúde, seguidos do número correspondente à sequência pré-estabelecida pela pesquisadora. Exemplo: E1, E2, ACS1, ACS2. Ainda, com relação às observações, estas também foram identificadas com a data, horário (quando houver) e local em que foram realizadas, a partir de uma breve contextualização da cena observada.

## 2 RESULTADOS

Para responder ao objetivo da pesquisa, optou-se por analisar os resultados utilizando como pano de fundo dois dos quatro atributos essenciais que remetem à qualidade do trabalho na AB: o primeiro contato e a longitudinalidade. Contudo, faz-se necessário ressaltar que não há como abordar os atributos isoladamente, pois eles se atravessam, interagindo simultaneamente às práticas de cuidado identificadas.

### 2.1 Artigo 1 – Atributo do Primeiro Contato na Atenção Básica e Práticas de Cuidado: contribuições para a formação acadêmica do enfermeiro<sup>5</sup>

**Gabriela Fávero Alberti.** Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS/Brasil).

**Maria Denise Schimith.** Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/SP). Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS/Brasil).

**Maria de Lourdes Denardin Budó.** Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/SC). Professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS/Brasil).

**Gabriela Leal Neves.** Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria/RS/Brasil. UFSM.

**Laís Fuzer Rosso.** Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria/RS/Brasil. UFSM.

Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS/Brasil).

Autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito:

GABRIELA FÁVERO ALBERTI.

Endereço: R. Ramiro Furquim, nº 801. Bairro João Evangelista. Santiago/RS/Brasil. CEP: 97700-000. Fone: 55-32516445/55-99261342. E-mail: g\_falberti@hotmail.com

---

<sup>5</sup> Artigo submetido à revista *Texto & Contexto em Enfermagem* em dezembro de 2014.

**Atributo do primeiro contato na Atenção Básica e práticas de cuidado: contribuições para a formação acadêmica do enfermeiro**

**Attribute of first contact in basic health services and care practices: contributions to academic education for nurses**

**Atributo del primero contacto en la Atención Básica y prácticas de cuidado: contribuciones para la formación académica del enfermero**

**RESUMO**

Conhecer as práticas de cuidado de enfermeiros de uma Unidade de Saúde da Família relacionadas ao atributo do primeiro contato e as contribuições para a formação acadêmica. Estudo de caso com abordagem qualitativa e análise do recorte de banco de dados coletado de fevereiro a julho de 2012. Utilizou-se entrevista semiestruturada, observação e documentos. Análise dos dados foi por meio da proposta operativa. O primeiro contato ocorre pela busca do usuário ou pelo agente comunitário de saúde em reuniões de equipe. Há posturas das enfermeiras que restringem o acesso, excluem a possibilidade de acolhimento e desqualificam o usuário; Colocam-se na dependência do médico para realizar condutas terapêuticas; Não há atividades de atenção à demanda espontânea. A formação deverá inserir o graduando em diferentes cenários; integrar com outros saberes; facilitar a compreensão do ser humano frente à abertura para novas sensibilidades; trabalhar com a imprevisibilidade; e instigar a participação autêntica do graduando no processo ensino e aprendizagem.

**Descritores:** Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Educação em Enfermagem.

**ABSTRACT**

This work aims to inform about nursing care practices in a Family Health Center and its contribution to the reflection on academic nursing education. The method of this research was done through a qualitative case study approach. Part of the information was collected from a database from February to July 2012. The data collected was composed of semi-structured interviews with nurses, participant observation, and documenting researches. The analysis of data were guided by the Operational Proposal. The first contact may be through seeking the service by the user or through the community health agent via team meetings, in which the attitude of nurses is passive; There are behaviors that restrict access, exclude the possibility of welcoming and also disqualify the user; Health care is placed depending on the presence of the physician to perform therapeutic procedures; There is no attention to spontaneous demand activities. The education should enable the inclusion of the student in different scenarios; integration with other knowledge; facilitate understanding of the human being as an opening to new sensibilities; work with the unpredictability; and instigate authentic participation of the student in the teaching and learning process.

**Descriptors:** Nursing. Nursing Care. Primary Health Care. Family Health Strategy. Education. Nursing.

## **RESUMEN**

Conocer las prácticas del cuidado de enfermeros de la una Unidad de la Salud de la Familia relacionadas al atributo de primero contacto y sus contribuciones para la formación académica. Estudio de caso con abordaje cualitativa y análisis de recorte de una base de datos, colectados de febrero a julio de 2012. Utilizo-se la encuesta pre estructurada con enfermeros, observación participante y los documentos. Análisis de los datos fue por medio la propuesta operativa, con las etapas de ordenación, clasificación y análisis final. El primero contacto puede ser por la búsqueda del usuario al servicio o por el agente comunitario de la salud por medio de la reunión de equipo, en cual la postura de las enfermeras es de la pasividad; hay conductas que restringe el acceso, excluyen la posibilidad de acogida, y descalifican el usuario; colocan se en la dependencia de la presencia del medico para realizar conductas terapéuticas; no hay actividad de la atención a la demanda espontanea. La formación deberá posibilitar la inserción del graduando en distintos escenarios; la integración con otros saberes profesionales; facilitar la comprensión del ser humano frente la abertura para nuevas sensibilidades; trabajar con la variabilidad y imprevisibilidad que permea o cotidiano y instigar a participación auténtica del graduando no proceso la enseñanza y aprendizaje.

**Descritores:** Enfermería. Atención de Enfermería. Atención Primaria de Salud. Estrategia de Salud Familiar. Educación en Enfermería.

## **INTRODUÇÃO**

A educação é considerada um elemento-chave no cotidiano de um país, visto que uma boa base educacional favorece seu desenvolvimento econômico e social. O avanço positivo destes últimos aspectos está intimamente ligado a três fatores incontroláveis: a demografia, a interdependência planetária e os progressos científicos e tecnológicos.<sup>1</sup> Nessa conjuntura, ampliam-se as discussões para os rumos da racionalidade e da Ciência na época atual, marcados por uma crise paradigmática do conhecimento que denuncia o esgotamento do paradigma ocidental dominante e que desafia a educação para o novo século, com vistas a constituir uma sociedade humanista e solidária.

Os autores contemporâneos Humberto Maturana e Edgar Morin trazem contribuições importantes para (re) pensar a educação do século XXI e advertem para a urgência de superar a fragmentação do conhecimento, consequência do século passado. O primeiro autor resgata o caráter social da educação, imbuído no sentimento de justiça social na medida em que o autor defende que a formação superior deve instigar a consciência de retribuir ao país os privilégios que o estudante recebeu durante seu processo formativo.<sup>2</sup>

Em tom complementar, o segundo autor aborda a educação centrada na condição humana e propõe reflexões para se pensar estratégias que possibilitem religar o conhecimento fragmentado, de modo a incidir na problematização da real finalidade da educação e de reconhecer novas formas de responsabilidade e solidariedade.<sup>3</sup> Ambos os pensamentos apontam rumos para novas reflexões inclusive sobre as práticas sanitárias que, nos tempos atuais, também se apresentam em transição paradigmática em virtude da insuficiência do paradigma biomédico – por longos anos hegemônico –, para dar conta dos diversos desafios sociopolíticos, culturais e de saúde do país.

O movimento social da Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a nova Constituição Federal (1988) e a efetivação de uma política de saúde universal e gratuita, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8080/1990, revolucionaram o contexto de saúde brasileiro. Tais movimentos que expressaram vontade coletiva culminaram em mudanças nas esferas política, social e econômicas para os anos subsequentes, pautadas nos preceitos da integralidade, equidade e universalidade. Pode-se dizer que uma das estratégias para a consolidação do SUS é a Atenção Básica (AB), cujos pilares de atuação se sustentam na promoção de saúde e prevenção de agravos.

Nesse sentido, a AB é um dos campos de atuação da enfermagem no SUS e também parte integral do sistema de serviços de saúde. Representa o nível primário de acesso, na qual o cuidado à saúde acontece a partir de práticas sociais em uma interface além da dimensão técnica e profissional.<sup>4-5</sup> Vale mencionar que a enfermagem tem destaque quantitativo nos serviços de saúde frente às demais profissões, representando em torno de 60% da força de trabalho.<sup>6</sup>

Desse modo, compreende-se a AB como o campo de saberes e práticas de cuidado, que possui a Estratégia Saúde da Família (ESF) como um dos modelos que contribui para a reorganização da lógica do sistema no intento de garantir a continuidade da atenção, interação, resolubilidade e participação comunitária.<sup>7</sup> A ESF delinea-se como a forma mais adequada de fortalecimento da AB e de organização do SUS, pois é parte e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Para garantir uma AB de qualidade é necessário operacionalizar, em sua totalidade, os atributos que lhe competem: os atributos essenciais, entendidos como o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. E os atributos derivados: orientação comunitária, focalização na família e competência cultural.<sup>5</sup> Para a discussão que

se propõe, utilizou-se o atributo de primeiro contato como norteador da análise dos resultados, em vista de que este implica na acessibilidade e acesso do usuário ao serviço de saúde. Como premissa primária, tem-se que a constituição do fluxo do usuário no serviço de saúde ocorre na recepção da Unidade de Saúde da Família (USF), iniciando-se o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde. Teoricamente, este é o encontro em que o usuário apresenta suas necessidades de saúde que desencadearam a busca pelo serviço.

Entende-se que, para alcançar alto grau de eficiência e eficácia, a ESF deve trabalhar para a superação dos modelos de saúde fragmentados, neste caso, o modelo biomédico centrado somente em procedimentos de maior densidade tecnológica e na doença. Com isso, alguns desafios estão postos atualmente. Um desses desafios está na relação de coerência (ou não) da formação do enfermeiro para atuar neste campo de trabalho complexo. Para autores, o cotidiano dos serviços de saúde é elemento constituinte na construção do processo formativo, pois implica em a formação buscar o enfrentamento dos desafios de concretização do SUS, frente ao desenvolvimento de novas práticas de saúde e estimulando a implicação dos sujeitos.<sup>8</sup>

No espaço educacional, em face disso, há implicações significativas de reorientação deste *locus*, como, a citar, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), no intento de formar profissionais de saúde com perfil adequado para atuar na AB e ESF, estabelecendo um grau de coerência dos sistemas educacionais com a ideologia, os princípios basilares e os recursos cognitivos e tecnológicos da ESF.<sup>4</sup>

No país, o Conselho Nacional de Educação definiu as DCNs dos cursos de graduação da área da saúde com uma aposta diferenciada para reformular a formação superior em saúde. As DCNs apresentam caminhos possíveis para as instituições de ensino superior conseguirem avançar da concepção de educação como transmissão do conhecimento para a ideia de construção de competências e habilidades gerais e específicas.<sup>9</sup> Contudo, para alguns pesquisadores, as DCNs são imposições macropolíticas que acabam naturalizadas na academia, pois possuem caráter normalizadores e regulamentadores.

Por tratar-se de uma política nacional, orientam o tipo de currículo e formação que deverão receber os futuros profissionais e, com isso, também regulam as condutas dos sujeitos envolvidos no processo formativo.<sup>10</sup> Assim, decorridos pouco mais de 10 anos da implementação das DCNs nos Cursos de Enfermagem, consideram-se incipientes e

insuficientes as mudanças ocorridas na formação acadêmica destes profissionais e, portanto, estas diretrizes se encontram em processo de reformulação atualmente.

Evidencia-se a necessidade de refletir sobre a implicação do processo formativo dos profissionais de saúde, especialmente a formação do enfermeiro, com vistas a iniciar um diálogo que aponte contribuições aos espaços formativos no aprender/ensinar/construir práticas de cuidado, partindo do pressuposto de que o *habitus* do cuidado se desenvolve e/ou se adquire durante a formação e perpassa, posteriormente, o espaço profissional. Questiona-se “Como as práticas de cuidado de enfermeiros em uma USF contribuem para a reflexão da formação acadêmica relacionada ao atributo de primeiro contato na AB?”. Este estudo visa conhecer as práticas de cuidado de enfermeiros de uma Unidade de Saúde da Família relacionadas ao atributo de primeiro contato e suas contribuições para a formação acadêmica.

## **METODOLOGIA**

O método de pesquisa utilizado foi o estudo de caso com abordagem qualitativa, uma vez que “surge do desejo de entender os fenômenos sociais complexos”<sup>11:24</sup> e permite ao pesquisador captar as características holísticas e significativas presentes em contexto real. Nesta pesquisa, utilizou-se um recorte do banco de dados pertencente à pesquisa matricial “Relações entre trabalhadores de saúde e usuários em uma unidade de saúde da família: a construção da rede de atenção à saúde”.

A unidade de análise estudada é uma USF de um município da região central do Estado do Rio Grande do Sul. A USF possui duas equipes básicas e uma equipe de saúde bucal que dividem a mesma estrutura física. A equipe básica é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Os dados foram coletados mediante múltiplas fontes de evidências, componente importante que caracteriza o método. Deste modo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com todos os profissionais componentes da equipe, mas, para esta pesquisa, somente as entrevistas com as duas enfermeiras foram analisadas. Ambas possuem especialização em Saúde Coletiva/Estratégia de Saúde da Família e ingressaram no mesmo período na USF, em 2011, assim estando há nove meses em atuação no cargo. Também se utilizou os diários de campo das observações das práticas de cuidado e de fontes documentais. O período de coleta foi de fevereiro a julho de 2012.

A análise e interpretação dos dados foram norteadas pela Proposta Operativa.<sup>12</sup>As etapas que abarcam a fase interpretativa do método são: ordenação dos dados (transcrição,

leitura, organização do material em determinada ordem); a classificação (leitura densa para apreender as situações relevantes e construir categorias) e a análise final (movimento dialético entre material empírico e teórico e vice-versa). A análise e a interpretação dos resultados foram confrontadas com a realidade social da unidade de análise, e a pesquisadora organizou os dados apoiada no atributo do primeiro contato da AB, identificando-o como categoria central, de modo que os resultados evidenciados “[...] se dirijam para uma vinculação estratégica da realidade”.<sup>12:237-238</sup> Vale destacar que os estudos de caso não são generalizáveis às populações e aos universos. Desse modo, as teorizações resultantes podem ser consideradas generalizações.<sup>11</sup>

No que se refere à identificação dos participantes no corpo do trabalho, eles foram apresentados com a letra E, de enfermeiro, ou com a sigla ACS, de agente comunitário de saúde, seguidos do número pré-estabelecido pela pesquisadora. Por exemplo: E1, E2, ACS1, ACS2. As observações, por sua vez, foram identificadas com a data/turno do diário de campo em que foram escritas e locais em que foram observadas, a partir de uma breve contextualização da cena.

A pesquisa tramitou pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, com Parecer favorável N°. 1939/11. As considerações éticas foram resguardadas mediante a assinatura do Termo de Autorização para Utilização do Banco de Dados, que discorria acerca da autorização e utilização destes dados para esta pesquisa, condicionada à Resolução N°. 466/2012 que trata da pesquisa com seres humanos.

## **RESULTADOS**

Para facilitar o entendimento sobre a dinâmica de trabalho da USF estudada, optou-se por iniciar com uma descrição ilustrativa. Na ocasião da coleta de dados, o horário de atendimento da USF era das 8 h às 16 h. Por dia eram distribuídas 15 fichas de atendimento médico para cada turno. Geralmente, o usuário chegava à unidade, apresentava sua demanda e era direcionado ao profissional indicado após a triagem. O regime de trabalho do profissional médico clínico-geral era por contrato temporário. O ingresso das enfermeiras, técnicas de enfermagem, odontóloga e da auxiliar de consultório dentário (ACD) na USF ocorreram mediante concurso público realizado em 2011. As ACS fizeram concurso em 2008, ainda que algumas delas já atuassem no município contratadas em período anterior. Os outros trabalhadores de saúde que atuavam no local eram: uma recepcionista (anteriormente era funcionária da limpeza e assumiu a recepção), um servidor de limpeza (também atua na

recepção na ausência da recepcionista) e um coordenador da unidade (cargo de confiança do governo municipal, responsável também por outras duas unidades também).

Em relação às demandas pré-definidas e com possibilidade de agendamento para as enfermeiras: *pesquisadora busca informações sobre a agenda das enfermeiras: (única para as duas enfermeiras). Na capa diz: podem ser agendados citopatológico, puericultura e pré-natal. Horário: 9 h – 11 h e 13 h 30 min. às 15 h. São 30 minutos para cada agendamento. Somando, são nove horários para as duas enfermeiras. Há dias em que a agenda não está aberta, como no caso do fechamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e reunião de equipe.* (Diário de campo de 02/05/2012, turno tarde);

A agenda pré-definida sugere que as enfermeiras concentravam suas ações à mulher e à criança. A produção dos dados e fechamento de relatórios como o SIAB eram realizados exclusivamente entre enfermeiro e o ACS, não envolvendo outros membros da equipe.

Com relação às reuniões regulares de equipe, as enfermeiras se faziam presentes em sua maioria, mas com uma postura de passividade, pois não assumiam uma posição de liderança neste espaço. Geralmente, os pontos de discussão mais enfatizados pela equipe diziam respeito à estrutura física da unidade, as demandas apresentadas pelas ACS, e o repasse dos informes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) pelas enfermeiras, como exemplo, informações do setor de imunização, setor de Tuberculose (Tb), conforme evidenciado nos documentos analisados.

O relato a seguir descreve uma situação em que, embora a enfermeira tenha otimizado o acesso à consulta médica existente, a consulta de enfermagem não foi cogitada como uma opção para realizar a avaliação inicial: *enfermeira na recepção. Chega uma usuária para vacinar sua filha. Passa na recepção e pergunta quando a médica está atendendo. A enfermeira responde: “Hoje.”. A usuária, surpresa, pergunta: “Hoje?” Enfermeira: “Sim. E por sinal, tem lugar ainda.”. Usuária: “Quantos têm na frente?” Enfermeira: “Sete.” Usuária: “Então eu quero consultar, marca para mim aí.” Enfermeira: “OK. Só aguardar chamar então”.* (Diário de campo de 03/04/2012, turno tarde);

A enfermeira, quando se depara com o primeiro contato do usuário, pressupõe a possibilidade de acolher a singularidade existente em cada situação simultaneamente à mobilização do conhecimento técnico-científico para avaliar e atentar à vulnerabilidade existente em cada caso. Contudo, esta ação do enfermeiro não foi visualizada na observação apresentada.

Na situação seguinte, identifica-se que um dos modos com que o primeiro contato pode ser iniciado é por intermédio de outro profissional, como o ACS: *em digitação do SIAB a ACS comenta com a enfermeira que um bebê de dois meses que está tomando leite de saquinho e está com diarreia. Enfermeira pergunta: “Leite diluído?” ACS: “Ela ferve.”. Enfermeira: “Tem que dar uma diluidinha. Por que não mama no peito?” ACS: “Nasceu prematuro. Ficou internado no HU e não pegou o peito”. ACS dita o restante da produção.* (Diário de campo de 17/04/2012, turno tarde);

Desse diálogo, algumas características da situação foram identificadas pelo ACS com potencial de risco e vulnerabilidade e, desse modo, foram compartilhadas com a enfermeira. Propõe-se à formação acadêmica possibilitar o encontro da enfermagem com outras profissões, como nesta situação, com ACS, na qual o enfermeiro tem a atribuição de gerenciar suas ações, a fim de dar início, ainda na graduação, a diálogos que propiciem conhecer outras áreas. Ainda, a desenvolver condutas de complementaridade de saberes de modo a incidir em atitudes de responsabilização e de construção de projetos terapêuticos, ou seja, um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar e que, inclusive, valorizam a participação do usuário nesta construção. Essa perspectiva formativa auxilia a despertar no graduando de enfermagem habilidade para a atuação interdisciplinar e de trabalho em equipe.

Em outra ocasião, a prática da enfermeira resultou na restrição do acesso e assim excluiu a possibilidade de acolhimento da demanda do usuário: *enfermeira na recepção. Chega uma mãe cujo filho estava com febre e vômito desde manhã. Enfermeira fala que a médica não atende mais que 15 fichas e que não adiantava insistir. Enfermeira comenta com a pesquisadora que é desleixo da mãe ter o dia todo para fazer algo para criança melhorar e só agora, 15 h, aparece no posto. Pesquisadora sugere passar por uma consulta de enfermagem ou encaminhar para o pronto atendimento. Não respondendo à sugestão, a enfermeira retira-se do local.* (Diário de campo 19/04/2012, tarde);

Nesse caso, a enfermeira não procurou conhecer e situar as informações que explicassem a busca pelo serviço de saúde apenas naquele horário. Ao mesmo tempo em que há banalização do sofrimento alheio, a enfermeira teve uma postura irreverente: culpabilizou a usuária e, por meio da negação ao atendimento, castigou-a, não apresentando alternativas possíveis para intervenção ao caso apresentado, ferindo o imperativo ético da AB de que toda demanda deve ser acolhida. Recomenda-se que a formação acadêmica deva investir em

estratégias que estimulem o desenvolvimento de competências que se traduzam em atitudes de compreensão do outro, em aberturas para novas sensibilidades imbuídas nas dimensões éticas e humanas que atravessam o espaço das relações.

No que diz respeito ao gerenciamento do cuidado da equipe, a enfermeira apresentou postura de cobrança com os ACS: *reunião de equipe: enfermeira passa para outro ponto da pauta, e diz: “Hoje de manhã aconteceu de novo, não é a primeira vez. Veio uma criança com dor de garganta, foi lá no HU e disseram que não era para pronto atendimento. Chegou aqui às 10 horas e não tinha mais médicos.”. E continua: “Tem que orientar o povo para não ir para o hospital universitário.”* (Diário de campo 02/05/2012, tarde);

Identifica-se, diante do exposto, a contradição da função da AB de primeiro contato e porta de entrada preferencial no sistema de saúde e que, entretanto, o usuário procura por outro serviço, de urgência e emergência, como alternativa primária. A postura de cobrança da enfermeira sugere que a rejeição do usuário pelo serviço da unidade ocorre por orientações dos ACS incoerentes com a proposta da USF, desconsiderando outros aspectos que implicam na escolha do usuário.

Nos três expostos acima, a enfermeira se coloca em condição de dependência da presença do médico na unidade para proceder em direção à assistência às demandas inesperadas, que surgem cotidianamente. Essa condição de dependência fere sua própria autonomia profissional na medida em que não reconhece a consulta de enfermagem como uma abordagem representada como uma prática autônoma do enfermeiro.

As duas últimas observações apresentadas se assemelham por serem demandas espontâneas que surgem, inevitavelmente, no dia a dia do serviço. A partir da condução de cada caso é possível inferir que não há atividades programadas e de atenção à demanda espontânea na unidade, outra atribuição específica do enfermeiro da AB. Por outro lado, também há a busca a procedimentos ofertados na USF sistematicamente, como a imunização: *enfermeira na recepção. Usuária chega com um bebê para vacinação. A enfermeira, que está sem atividades no momento, pois são 15 h 45 min. e a USF está sem movimento, diz que vacina na quinta-feira é de manhã. A usuária diz: “Vim outro dia e já estava fechado.”. Enfermeira: “Fechamos às 16 h”. Usuária: “Mas lá no (nome da unidade) tem um cartaz dizendo o contrário.”. Enfermeira: “Vou ligar para (nome da unidade), agora.”. Telefona e fala com a secretária. Ela confirma o que a usuária havia dito. Enfermeira explica os*

*horários certos e pede para a secretária trocar o cartaz.* (Diário de campo 19/04/2012 quinta-feira, tarde);

O usuário esbarrou nos discursos normativos que concernem ao modo de organização dos processos de trabalho da USF. Além disso, a usuária teve atendimento negado, pois ela, embora estivesse no dia da semana indicado, o turno em que procurou o serviço era o oposto ao destinado para a realização de um procedimento de rotina (no caso, a imunização). Outro extrato da observação a ser destacado é a atitude do enfermeiro de averiguar com o outro serviço a legitimidade da informação trazida pela usuária. As posturas visualizadas da enfermeira não garantem o acesso ao serviço de saúde com equidade, pois, mesmo que a falha na informação que induziu a usuária ao erro tenha sido de fato constatada, não houve tentativa compensatória ao prejuízo.

Visto isso, compreende-se que na direcionalidade do processo formativo deve estar à superação de modos de atuar que engessam o profissional ou cujas ações se reduzem a atos prescritivos, normativos e/ou burocráticos. A formação necessita ir além do que se encontra naturalizado – interiorizado como padrão – e trabalhar no graduando com a variabilidade e imprevisibilidade que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde, inclusive de modo a fazê-lo pensar sobre as normas já instituídas que, muitas vezes, invalidam o direito ao cuidado.

As práticas de cuidado do enfermeiro devem garantir a coerência com a lógica da rede organizadora de fluxos e contrafluxos de pessoas pelos diferentes pontos de atenção. Destaca-se a função da AB de coordenar o caminhar do usuário na RAS. Na entrevista com a enfermeira, a profissional chamou para si a responsabilidade de ir buscar informações sobre o usuário quando ele está em outro ponto da RAS, embora reconhecesse ser desconhecedora do fluxo: *muitas vezes a gente tem que ir atrás, tem que correr atrás. Aí não veio (o usuário), a gente não soube da resposta. Mas o que custa a gente pegar o telefone e ir atrás dele também? Acho que é nosso dever, porque ele faz parte da nossa área, então a gente que tem que se responsabilizar por isso. (...) a gente se depara com situações que a gente não sabe para onde encaminhar. Então essa é outra dificuldade. A gente não sabe o fluxo.* (E1).

A enfermeira mostrou ter consciência de sua corresponsabilidade de fazer a busca ativa de usuários faltantes para conhecer o desfecho das situações de saúde/doença quando foram conduzidos a outros pontos da RAS. Ou seja, reconhece a relação entre a coordenação do cuidado e a responsabilidade do profissional. Esse aspecto reforça a posição estratégica que a AB ocupa, de centro e comunicação na RAS, e dá destaque à função de coordenadora

da atenção à saúde. Contudo, o desconhecimento dos fluxos/contrafluxos da RAS implica negativamente nestas funções da AB, revelando, também, que há pouca ou nenhuma articulação entre os outros serviços constitutivos da RAS (intersectorialidade).

Ainda, o discurso revela a tomada de consciência profissional que faz destaque ao seu dever de “ir atrás” e, com isso, assumir uma postura mais pró-ativa e aberta a conhecer o que se estabelece com o usuário de sua responsabilidade. Em face disso, como papel da formação acadêmica, pode-se dizer que está a capacidade de instigar a atitude pró-ativa no graduando, fazendo com que ele assuma sua participação autêntica do ato de conhecer, retirando do docente o papel de único detentor de conhecimento e fazendo com que o graduando assuma determinado protagonismo, colocando-se em permanente procura por conhecimentos, interrogando/contestando aqueles, muitas vezes, ofertados como absolutos e verdadeiros pela universidade.

## **DISCUSSÃO**

A partir das análises, abrem-se possibilidades para múltiplas reflexões. O que é preciso ensinar/conhecer para orientar uma prática de cuidado? A técnica e a biologia, distinguir o normal do patológico? Os preceitos legais que legitimam o ofício profissional? Os preceitos éticos que norteiam o fazer/agir no ato do cuidado? O que é meu e o que é do outro? Quais são as regras que circundam a prática? Se o outro é quem demanda cuidado ao enfermeiro (ou qualquer outro profissional), quem define o que e como deve ser feito? Que garantias se têm de que a percepção sobre o outro está correta e o que está sendo feito é o suficiente?

Dentre todas as questões, já é sabido que a formação deve ser significativa, superar o sentido clássico de transmissão de conhecimento e extrapolar conhecimentos técnicos e científicos.<sup>8,13-16</sup> As práticas de cuidado ocorrem no espaço das relações humanas. Requerem, para tanto, a relação de convívio com o outro. Os espaços onde ocorrem as relações humanas podem ser diversos: o profissional, de lazer, o familiar, o cotidiano em que se convive e se tem possibilidade de estabelecer relações com outras pessoas. Espaços, estes, que devem se fazer presente, em sua diversidade de formatos existentes, no cotidiano do processo contínuo de formação do enfermeiro. Espaços de vida. Destes, cada espaço tem seu contexto próprio, singular, e assim como cada sujeito no mundo possui qualidades e características próprias, há contextos coletivos, como o político, o ecológico, social, entre outros. O ser humano se constitui sujeito na convivência com o outro. Com isso, a relação de cada contexto entre si e uns com os outros formam o todo, o global.<sup>17</sup>

Sendo assim, o convívio com a pluralidade dos contextos, pessoas, profissões, para o graduando em enfermagem, estimula-o a conhecer e refletir sobre a complexidade de como a vida se desenrola, pois produz estranhamento e compreensão na medida em que se revelam novas possibilidades de existências, de organização social, significados e, para a formação acadêmica, esta perspectiva de ensino-aprendizagem se apresenta como a possibilidade de romper com o que supostamente determinava o ser profissional: os procedimentos técnicos científicos pautados na destreza manual e habilidades instrumentais.

As reflexões introduzidas nesta discussão vão ao encontro do princípio da incerteza no qual o conhecimento científico não é o único produtor absoluto de verdades. Utilizando-se do pensamento de Morin (2011)<sup>17</sup>, as interrogações são como oxigênio para qualquer proposta de conhecimento, e o conhecimento é o objetivo primordial da educação. Nesse sentido, acredita-se que o princípio da incerteza deve perpassar a formação acadêmica do enfermeiro, pois, a partir da interrogação, do estranhamento, da implicação provocada no graduando, há margem para a reflexão. A atitude de estranhamento pressupõe certo distanciamento da realidade, das “verdades” estabelecidas, não as aceitando de imediato como definitivas sem antes submetê-las à averiguação.

O graduando, ao contestar as ideias recebidas, até então, sem exame, tem possibilidade de conhecer outras evidências existentes, desintegrando o conservadorismo e contribuindo para dissolver o ponto de vista pré-estabelecido do questionador.<sup>17</sup> A reflexão também poderá ser uma autorreflexão quando o graduando se questiona e busca compreender e conhecer o seu papel no mundo intencionado pela consciência.

Há outras reflexões provocadas pela análise das práticas de cuidado do enfermeiro. Quais são as forças imperativas que ordenam a concentração das práticas de cuidado dos enfermeiros, para mulheres e crianças, por exemplo? Existe relação de coerência com o que a população do território assistido considera necessário para ela, tanto individualmente quanto na coletividade? O perfil epidemiológico é considerado ao planejar o cuidado? É sabido que a base da formação e da atuação do enfermeiro está nas políticas públicas de saúde. Ou seja, o profissional “[...] está submetido a ordenamentos que definem, de forma imperativa, suas formas de agir/pensar na prestação da atenção ou no exercício da clínica”.<sup>18:532-533</sup> No entanto, como atender ao que se estabelece como atenção prioritária sem, no entanto, torná-la uma forma de submissão do profissional que organiza seu processo de trabalho somente para dar

conta do que se cobra em uma política pública e não ao que os demandantes necessitam em seu território de vida?

A formação, ao proporcionar a imersão no fazer cotidiano no espaço do trabalho – o primeiro contato, mas este no sentido formativo – possibilita que o graduando consiga pensar, analisar criticamente e relacionar teoria e prática de modo a ressignificar o sentido de sua formação e do trabalho. Assim, “a decodificação é a análise e conseqüente reconstituição da situação vivida: reflexo, reflexão e abertura de possibilidades concretas de ultrapassagem. [...] o que antes era fechamento, pouco a pouco vai se abrindo, a consciência passa a escutar os apelos que a convocam sempre mais além de seus limites: faz-se crítica”.<sup>19:11</sup> O aprender se torna mais importante que o lembrar, memorizar, decorar, pois imprime no graduando sentidos reais vivenciados.

Na unidade de análise – a USF – evidenciaram-se certas atitudes das enfermeiras que implicam na não aplicabilidade sólida dos princípios que caracterizam a AB na RAS, por exemplo: (i) a organização da USF inadequada para acolher as demandas do território, em especial as demandas espontâneas, colide com a existência de necessidades do usuário não resolvidas. (ii) Sem respostas positivas às suas necessidades ou frente à existência de uma relação vertical, burocrática e inflexíveis dos profissionais, instaura-se um sentimento de descrença no serviço/profissional e desvitaliza-se o pouco de vínculo entre os pares. (iii) Por fim, o agir retroativo das enfermeiras, na condução das práticas de cuidado que desconsideram que o usuário é o principal definidor do que é necessidade de saúde para ele, implica na reprodução do descuidado e na invisibilidade do sujeito.

Considerando que cada fator pertencente às situações descritas acima são elementos constitutivos de uma prática de cuidado – esta considerada um sistema complexo, compreendida como aquilo que é tecido junto – a interação desses elementos produz determinada ação por sua condição de interdependência e inter-retroação. Para melhor explicar o sentido de inter-retroações, o pensamento complexo sugere que devemos “[...] ultrapassar a causalidade linear causa-efeito”<sup>3:77</sup> e avançar para a compreensão da causalidade mútua e circular (retroativa), visto que há diferentes produtos para uma dada situação. Os mesmos elementos não produzem os mesmos fenômenos sempre, o que é afetado por esses elementos possui reações diversificadas, e as causas diferentes podem provocar efeitos iguais.

Desse modo, disparar processos de ensino e aprendizagem pautados na problematização de situações reais existentes no cenário das práticas, com o auxílio do viés da

inter-retroação, também possibilita ao graduando alcançar um modo de pensar reflexivo. Por intermédio da reflexão sobre as possibilidades existentes em uma única situação, inclusive na imprevisibilidade, seus efeitos implicarão na compreensão da complexidade e, por sua vez, possibilitarão a transformação e invenção de outras (novas) práticas de cuidado, dissolvendo aquelas naturalizadas e pautadas no viés biologicista. Abrem-se caminhos para a construção da autonomia profissional e na tessitura de ações conjuntas pautadas nas relações e interações.

Para o graduando, na medida em que se torna possível contextualizar as situações existentes e a diversidade de possibilidades, desenvolvem-se a habilidade de previsão, antecipação, e a autonomia para agir de modo a garantir o planejamento em saúde, a agenciar os tipos de recursos e tecnologias disponíveis para a produção de saúde e a prevenção de agravos. É evidente, também, que um dos imperativos da formação acadêmica, a partir dessa questão, passa a ser o desenvolvimento da aptidão de “[...] organizar o conhecimento, ou seja, pensar”<sup>3:83</sup>, relacionando-o às informações e atribuindo-lhe sentido frente ao contexto a que se referem.

Há de se considerar que a formação acadêmica, quando fundamentada no paradigma da racionalidade cognitiva instrumental, possui a ideia de causa, o determinismo mecanicista e instrumental, a supervalorização da razão em detrimento de outras racionalidades que estão pautadas na sensibilidade, na ética e na estética do ser humano, os saberes fragmentados e a rejeição do senso comum e do saber popular como princípios. A racionalidade cognitiva instrumental por longos anos foi considerada como ciência hegemônica e permeou o contexto educacional como um antolho.

Refere-se a antolhos como “[...] todos os conceitos e afirmações sobre os quais não temos refletido, e que aceitamos como se significassem algo simplesmente porque parece que todo o mundo os entende”<sup>2:15</sup> e os aceita. Ao dizer isso, o autor se refere à equivocada afirmação de que é a racionalidade que nos difere dos outros seres vivos, desvalorizando a emoção. As emoções, diferentemente do entendimento de sentimento, são “[...] disposições corporais dinâmicas que definem os diferentes domínios de ação em que nos movemos”<sup>2:15</sup>.

Com isso, a formação (e sua estreita relação com o desenvolvimento de posturas éticas e humanas) deve estar direcionada à construção do conhecimento com o domínio da emoção, pois “[...] não nos damos conta de que todo sistema racional tem um fundamento emocional”<sup>2:15</sup>. Dito de outro modo, a formação deve possibilitar abertura ao graduando de refletir e pensar diferentemente do que está posto, instituído, e que este novo pensar incida, sobretudo,

no agir profissional cujas “emoções” que devem prevalecer sejam a ética, o respeito e a responsabilidade. Além disso, ao pensar os antolhos do processo formativo nessa compreensão que o autor acima apresenta é possível lançar outra reflexão: quais são as afirmações e conceitos que permeiam formação de graduandos em enfermagem e que estão repercutindo na sua vida profissional?

Em face disso, acredita-se que não se pode aceitar como função finalística e única da formação do enfermeiro o desenvolvimento cognitivo e instrumental para o exercício da profissão. Por isso, que é preciso pensar o processo formativo sob o viés da “dimensão inventiva” visto que “[...] trabalho e formação podem, também, ser campo de produção de novos possíveis, de fabricação de aprendizes-inventores”.<sup>8:19</sup> Acredita-se que seja possível enfrentar o desafio de superar o “fazer cotidiano” sustentado no caráter pragmático na medida em que se reconhece que há outros elementos interdependentes que compõem as práticas de cuidado, e trabalhar com eles na formação. Pois são as afirmações e conceitos abordados na formação acadêmica que integram as práticas de cuidado primárias, inscritas nos sujeitos, que vão nortear seu modo de pensar e agir, constituindo um *habitus* profissional.

Nesse intuito, se ressalta que a formação de graduandos de enfermagem requer maior coerência com a proposta de sistema de saúde definida pelo país, especialmente os princípios e diretrizes que fundamentam o SUS, sem, no entanto, desconsiderar as características locais, pois é indispensável que o enfermeiro saiba interpretar a região de saúde, conhecer o microespaço de atuação e contribuir para intervir e modificar a atenção em saúde nessa rede.

Uma evidência constatada é que a busca pela USF não está sendo a primeira opção. A contradição de que a USF deveria ser a escolha primária do usuário, e ele não a reconhece como tal, tem como um dos elementos implicadores a falta de postura política de o enfermeiro apreender e transformar em ação concreta os fundamentos do SUS e da AB. O modo de promover a atenção à saúde vigente supervaloriza a rotina, prevalecendo normas e os aspectos organizativos do serviço de saúde em detrimento da necessidade do usuário, que implicam na não efetividade da AB e na negação ao direito à saúde. Para a superação deste modo de fazer hegemônico, a formação deve instigar que o graduando se sinta implicado e se reconheça como agente capaz de intervir em determinada realidade social.

De acordo com Haddad et al<sup>20</sup> (2010), a atitude de acolhida favorece o estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário, necessário à efetivação de ações

humanizadas. Os autores reconhecem que na AB, há muito que se fazer para garantir o desenvolvimento da prática acolhedora, pois nela se insere uma diversidade de aspectos culturais, valores, de comunicação, expressão e vivências. Tal afirmação converge com o pensamento complexo, quando evidencia que “[...] o ser humano nos é revelado em sua complexidade: ser, ao mesmo tempo, totalmente biológico e totalmente cultural”.<sup>3:40</sup>

À formação, nesse sentido, está a incumbência de acurar o aspecto sensível dos graduandos, pois no âmbito da atuação na AB se encontram os territórios particulares de vida dos sujeitos com suas diversidades e singularidades. Por essa razão, posturas compassivas, acolhedoras e de reverência são necessárias nos diferentes encontros entre profissionais e usuários, de modo a incidir no espaço de trabalho uma nova maneira de produzir cuidado, pois, “[...] quando mudamos de emoção, mudamos de domínio de ação”.<sup>2:15</sup>

Por outro lado, na compreensão de equidade como um princípio de justiça, cabe ao profissional que assume o primeiro contato proporcionar o acolhimento a quem procura por cuidado. Nos resultados apresentados, visualiza-se que o enfermeiro fica à frente dessa responsabilidade em diferentes momentos, sobretudo por atuar no nível de atenção considerado o primeiro contato. Para tanto, em relação à dimensão do acolhimento nos serviços de saúde da AB, os autores salientam que é preciso investir em dois aspectos: atitudinal, condizente a uma postura humanizada e de escuta qualificada; e organizativo, que estabeleça um processo de avaliação adequado, de fluxos e contrafluxos na RAS, e a territorialização.<sup>21</sup>

Acerca do segundo aspecto, organizativo, pode-se constatar que, embora haja a supervalorização da rotina, como já destacado anteriormente, não existem por parte dos profissionais posturas de avaliação do processo de trabalho desenvolvido na unidade e autoavaliação de suas práticas. A acriticidade em relação à organização, à postura profissional e ao que se executa induz a uma falsa consciência de que o que está sendo feito ao outro aparentemente é suficiente e adequado.

Desse modo, a reflexão-crítica deve ser uma das prerrogativas da formação na saúde, pois o graduando tem contato direto com os serviços por intermédio de estágios curriculares e não obrigatórios que, por sua vez, ilustram em experiência real o trabalho na saúde, deslocando o olhar do estudante à dinâmica do processo de trabalho na AB. A experiência vivida é significativa quando o aspecto sensível é instigado e, assim, a formação precisa estimular nos graduandos o exercício da reflexão e produção de um autoconhecer, a

descoberta de si, que mostre suas aptidões, habilidades, potencialidades, limites, e outros aspectos, a partir do contato real com o mundo do trabalho.

Vários autores<sup>16</sup> ressaltam que a qualidade da formação não se limita somente à capacitação para o trabalho, mas, sobretudo estende-se aos “[...] aspectos relacionados ao modo de viver a vida, a ética na utilização dos conhecimentos e das inovações, a potencialização da formação cultural e política e o resgate da dignidade humana”.<sup>16:67</sup> Visto isso, a reflexão que se apresenta é: que outros conhecimentos são úteis, e que a formação acadêmica poderá explorar, para que o futuro enfermeiro desempenhe práticas que tenham relevância social a ponto de provocar transformação no espaço de trabalho profissional?

Os resultados identificados permitem-nos afirmar que a formação do enfermeiro deve favorecer sua aproximação com a realidade viva do cenário das práticas de cuidado. A formação à luz da realidade do trabalho possibilita que o primeiro possa nutrir o segundo por intermédio da construção de conhecimento, e este último, por sua vez, aponte os caminhos para o alcance deste conhecimento. Essa relação, denominada aqui como retroalimentação, não exclui a ideia de o mundo do trabalho ser, ao mesmo tempo, um espaço de construção de conhecimento. Mas permite que o graduando, na medida em que se encontra inserido no espaço de atuação futura, se sinta parte deste e construa uma postura de responsabilidade, implicação, sensibilidade e de agente pró-ativo, que interfira nos modos instituídos de produzir cuidado.

Com isso, para alcançar modos de cuidar na interface do trabalho em equipe é preciso que a formação se antecipe e incorpore espaços que proporcionem a interdisciplinaridade, fomentando processos de ensino-aprendizagem pautados na grupalidade, cooperação e no diálogo com outras formações, por exemplo. A interdisciplinaridade é um processo de trabalho cuja ação expõe a complexidade da realidade na medida em que há interação (e não soma) de várias disciplinas, existências e saberes, na elaboração de um contexto global que requer intervenção que se refere “a troca e cooperação, e desse modo, transformar-se em algo orgânico”<sup>22:50</sup>, possibilitando construir vias sustentáveis de mudança na atenção à saúde, pautadas em valores como ética, equidade e integralidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As práticas de cuidado observadas indicam que ainda há uma forte tendência na formação acadêmica de cunho pragmático, vestígios do paradigma hegemônico não superado, que supervaloriza as habilidades técnicas-científicas, conhecimentos do “fazer” e de aspectos

cognitivos, deixando para segundo plano as habilidades relacionais, o desenvolvimento de valores, da consciência cidadã, da responsabilidade social. A partir desta pesquisa, algumas reflexões são iniciadas e que poderão ser balizadoras para (re)pensar a formação de graduandos em enfermagem.

Em uma perspectiva geral, pode-se dizer que existam certos movimentos de mudança nos espaços que estão em debate: saúde e formação. Para que se possa alcançar a consolidação do SUS no modo como foi pensado, a formação na saúde precisa estar adequada ao contexto social e político do país. Mais que isso, é indispensável que a formação consiga provocar no graduando o desejo de querer atuar neste sistema por acreditar que ele é possível e com isso se produzam mudanças no modo como o SUS funciona na AB.

Para compreender a condição de sujeito transformador de uma realidade social, faz-se necessário que a formação desenvolva no graduando as habilidades de reflexão, atuação, autorreflexão e protagonismo, de modo que, ao provocar a identificação do graduando com as premissas do projeto de saúde no país – o SUS – o graduando, logo futuro profissional de saúde, queira defendê-lo, assumindo postura de implicação e compromisso, sobretudo com a continuidade e avanço do movimento da Reforma Sanitária.

Há de se considerar que a formação e as práticas de cuidado são processos complexos, pois trazem em seu cerne a trama das relações e do encontro entre pessoas. De um lado, graduandos e docentes; de outro, profissionais e usuários. A construção de novos processos de formação implica atentar-se a essa complexidade e integrar estes diferentes atores em um mesmo diálogo.

O SUS é o campo fértil onde se encontram a formação e a saúde, pois é o maior espaço de formação profissional. A universidade, inserida neste cenário aberto, diverso e com possibilidade de invenção, compartilha e produz seus conhecimentos relevantes à realidade de saúde. Como efeitos desse novo viés formativo, tem-se a transformação das práticas de cuidado e, também, a formação de novos profissionais com consciência de coletividade, aptos a enfrentar a complexidade, ousados para inventar novas práticas e ético-sensíveis-políticos cujo modelo de atenção à saúde a ser alcançado seja o cuidado.

## **REFERÊNCIAS**

1Delors J. Educação para o século XXI: questões e perspectivas. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.

2Maturana H. Emoções e linguagem na educação e na política. 3ª ed. Belo Horizonte (MG): Editora UFMG; 2002.

3 Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 20ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand; 2012.

4 Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. [Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde](#) [online]. 2012 [acesso 2014 Nov 12]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)

5 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. [Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde](#) [online]. 2002 [acesso 2014 Nov 12]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)

6 Barreto IS, Krempel MC, Humerez DC de. O COFEN e a Enfermagem da América Latina Enfermagem em Foco [online]. 2011 [acesso 2014 Nov 12]; 2(4). Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/195/131>

7 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012.

8 Heckert AL, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília (DF): MS; 2010.

9 Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução N°. 3 de 7 de novembro de 2001: diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília (DF): MEC; 2001.

10 Niemeyer F, Silva KS, Kruse MHL. Diretrizes Curriculares de Enfermagem: governando corpos de enfermeiras. Texto Contexto Enferm. [online]. 2010 [acesso 2014 Dez 17]; 19(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/21.pdf>

11 Yin RB. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010.

12 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.

13 Ceccim, RB. Feuerwerker, LMC. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Rev. Saúde Coletiva [online]. 2004 [acesso 2014 Nov 12]; 14(1). Disponível em: [http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27642?locale=pt\\_BR](http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27642?locale=pt_BR)

14 Moreti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. Comunic., Saude, Educ. [online]. 2009 [acesso 2014 Nov 12]; 13(30). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a13>

- 15Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelano E. Formação profissional no SUS o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2010 [acesso 2014 Nov 12]; 34(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a04v34n2.pdf>
- 16 Grillo MJC, Silva KL, Sena RR, Tavares TS. A formação do enfermeiro e a necessidade de consolidação do sistema nacional de saúde. REAS [online]. 2013 [acesso 2013 Out 15]; 2(2). Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/402/408>
- 17Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 2011.
- 18Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface (Botucatu) [online]. 2009 [acesso 2014 out 28]; 13(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a06v13s1.pdf>
- 19Freire P. Pedagogia do oprimido. 57ª ed. Paz e Terra: 2014.
- 20Haddad JGV, Zoboli ELCP. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. O Mundo da Saúde [online]. 2010 [acesso 2014 out 28]; 34(1). Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/11\\_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/11_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf)
- 21Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. Rev. RENE [online]. 2012 [acesso 2014 out 28]; 13(2). Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/217>
- 22Morin E. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios. 6ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 2013.

## **2.2 Artigo 2 - Práticas de Cuidado e Longitudinalidade na Atenção Básica: proposições para repensar a formação acadêmica do enfermeiro<sup>6</sup>**

### **Práticas de cuidado e longitudinalidade na atenção básica: proposições para a formação acadêmica do enfermeiro**

### **Prácticas de cuidado y longitudinalidad en la atención básica: proporciones para la formación académica del enfermero**

### **Care practices and longitudinality in primary care: proposals for the academic education of nurses**

#### **RESUMO**

Conhecer as práticas de cuidado do enfermeiro em relação ao atributo da longitudinalidade em uma Unidade Saúde da Família e as contribuições para a reflexão da formação acadêmica do enfermeiro. Estudo de caso com abordagem qualitativa de um recorte de banco de dados coletado de fevereiro a julho 2012, com: entrevista, observação participante e documentos, analisado via proposta operativa. O agente comunitário de saúde (ACS) é protagonista na construção do vínculo e o enfermeiro coadjuvante dessa relação. Há pouca coparticipação do enfermeiro na condução de casos com os ACS, que se apresentam solidários entre si. Há falta de sensibilidade, não responsabilização e negação de cuidado frente à culpabilização do usuário. À formação cabe: incitar o graduando a apreender a complexidade das diferentes realidades; na convivência com o outro a compreensão intersubjetiva é possível e a aprendizagem significativa, permeada por valores como ética, solidariedade, autorreflexão e respeito às diversidades.

**Descritores:** Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Educação.

#### **RESUMEN**

Conocer las prácticas de cuidado del enfermero en la relación al atributo de la longitudinalidad de la una Unidad Salud de la Familia y las contribuciones para las reflexiones de la formación académica del enfermero. Estudio de caso con abordaje cualitativa de un recorte de bases de datos coleccionado de febrero-julio de 2012, con la entrevista, observación participante y documentos, analizado a través de la operativa propuesta. Agente de salud comunitaria (ACS) es protagonista en la construcción del enlace y el enfermero es el coadyuvante de esta relación. Hay poca participación conjunta del enfermero en la conducción de casos con los ACS, que tienen la solidaridad mutua. También hay falta de sensibilidad, no responsabilidad y negación de cuidado frente a la culpa del usuario. Formación cabe: incitar el graduando a aprehender la complejidad de las diferentes realidades; en la convivencia con el otro y la intersubjetiva es posible y el aprendizaje

---

<sup>6</sup>Artigo submetido à revista *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, em janeiro de 2015.

significativo, permeada por los valores éticos, solidaridad, autorreflexión y respeto a las diversidades

**Descriptores:** Enfermería; Atención de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Educación.

### **ABSTRACT**

This work has the objective to know the practices of nursing care in relation to the longitudinality attribute in the Family Health Unit and to contribute to current thinking around academic nursing education. Case study of a database clipping collected from February to July of 2012 with: interviews, participant observation and documents analyzed through the proposed operative procedure. The community health agent (CHA) is the protagonist in the construction of the bond, and the nurse role is to support this relationship. There is little co-participation of nurses in the management of cases with CHA, who present mutual solidarity. There is a lack of sensibility, no accountability and denial of care across the culpability of the user. Nursing education aims at: inciting graduating to grasp the complexity of different realities; intersubjective understanding in coexistence with others is possible and meaningful learning permeated by values such as ethics, solidarity, self-reflection and respect for diversity.

**Descriptors:** Nursing; Nursing Care; Primary Health Care; Family Health Strategy; Education.

## **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o atual sistema público vigente no contexto brasileiro, resguardado pelas Leis 8080/90 e 8142/90 e considerado a maior política de inclusão social do país. A luta em busca do direito à saúde da população atravessa a história da construção do SUS, que garante acesso universal à saúde, gratuito, com equidade e integralidade nas ações e serviços ofertados.

Com propósito de escoar o SUS para os territórios onde vivem os brasileiros e reorganizar o modelo de atenção à saúde, a Atenção Básica (AB), por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF) prioritariamente, envolve-se em ações voltadas ao espaço coletivo e individual na perspectiva de ações intersetoriais e de promoção da saúde. A AB assume o papel de centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) por ser o contato preferencial dos usuários e com suas funções específicas: ser resolutiva, pois deve dar conta da grande maioria dos problemas de saúde da população em seu território definido; ser organizadora dos fluxos e contrafluxos de seus usuários em outros pontos integrados na RAS; bem como ser corresponsável pela saúde destes usuários nos diferentes pontos da rede em que se encontram<sup>1</sup>.

Para garantir a qualidade das ações da AB e a execução de suas funções, existem sete atributos que a AB deve atender em sua totalidade. Quatro atributos essenciais, que são: o primeiro contato, como garantia de acessibilidade aos serviços ofertados pelo SUS; a longitudinalidade, relação de vínculo ao longo do tempo com aporte regular de cuidados; a integralidade, referente ao conjunto de serviços ofertados pela equipe ao território de abrangência; a coordenação do cuidado, que facilite a condução do usuário na rede e possibilite a continuidade do cuidado. E os demais atributos, considerados derivados, perpassam a focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural<sup>1,2</sup>.

A Constituição Federal referenda que compete ao SUS ordenar a formação dos recursos humanos da saúde<sup>3</sup>. Portanto, essa nova perspectiva de saúde exige a adequação da formação profissional, em especial do Enfermeiro, que atenda às legislações concernentes ao SUS. Visto isso, em 2001 o Conselho Nacional de Educação aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem (DCNs), disparando uma série de orientações às Instituições de Ensino Superior (IES) para

adequar os Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs) dos cursos de graduação em saúde, inclusive o da Enfermagem<sup>4</sup>. No escopo das DCNs de Enfermagem, o perfil do formando deve ser generalista, com competência para a atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente em saúde<sup>4</sup>. Com pouco mais de 10 anos de adequação das IES às DCNs, pode-se dizer que ainda é incipiente o processo de mudança na formação acadêmica e que estas já estão em processo de reformulação.

A presente pesquisa debruçou-se no cotidiano do serviço de saúde, onde as práticas de cuidado do enfermeiro são desenvolvidas, e, ao analisá-las, foi possível refletir e repensar essas práticas, apontando elementos que possam contribuir para que a formação acadêmica do enfermeiro alcance alto grau de coerência com a proposta da AB e, sobretudo, em defesa da vida e fortalecimento do SUS.

Com a exequibilidade da pesquisa foi possível acompanhar diferentes momentos em uma USF, de situações específicas de usuários demandantes por cuidado, pensando-as na perspectiva da longitudinalidade, especificamente aquelas em que as enfermeiras de uma unidade assumiram (ou não) sua responsabilização. Parte-se do pressuposto de que as Unidades de Saúde da Família (USFs), ao assumirem a coordenação do cuidado, também assumem esse cuidado ao longo do tempo, vinculando-se ao usuário e família com uma relação de confiança, atributo denominado por longitudinalidade, conforme Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>5</sup>.

Por essa razão, optou-se por utilizar o atributo da longitudinalidade como pano de fundo das práticas de cuidado, por se entender que este se caracteriza como a continuidade da relação terapêutica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente. Para tanto, elegeu-se como questão de pesquisa: “Como as práticas de cuidado de enfermeiros em uma USF contribuem para a reflexão da formação acadêmica relacionada ao atributo da longitudinalidade na AB?”. Objetivou-se conhecer as práticas de cuidado do enfermeiro em relação ao atributo da longitudinalidade em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e as contribuições para a reflexão sobre a formação acadêmica do enfermeiro.

## **Materiais e Métodos**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo o estudo de caso, que consiste no exame de fenômenos quando não há possibilidade de manipulação de comportamentos<sup>6</sup>. Para esse método são necessárias múltiplas fontes de evidência que possibilitam a criação de um banco de dados e o gerenciamento das evidências constantemente<sup>6</sup>. Desse modo, para a construção desta pesquisa, utilizou-se um recorte do banco de dados pertencente ao macroprojeto “Relações entre trabalhadores de saúde e usuários em uma unidade saúde da família: a construção da rede de atenção à saúde”.

O cenário deste estudo foi uma USF de um município de região central do Estado do Rio Grande do Sul, pertencente à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. A USF possuía duas equipes multidisciplinares e uma equipe de saúde bucal. Os profissionais e trabalhadores de saúde que atuavam eram: um Auxiliar Administrativo, nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), um Auxiliar de Serviços Gerais, um coordenador administrativo de USF, duas enfermeiras, uma médica, uma odontóloga e duas técnicas de enfermagem. Todos estes foram sujeitos da pesquisa.

As técnicas de coleta dos dados utilizadas foram entrevista semiestruturada, observação participante e registrados em diário de campo das práticas de cuidado dos profissionais e trabalhadores, usuários, reuniões de equipe, além de buscas em documentos (atas de reuniões, agendas dos encaminhamentos, e outros necessários).

Para análise e interpretação dos dados, optou-se pela utilização da Proposta Operativa<sup>7</sup>, pois, além da essência dos discursos/observações/documentos, esta técnica valoriza as construções sociais e as discussões sobre as múltiplas dimensões do objeto em estudo. A autora indica dois níveis operacionais, exploratório e interpretativo. Especificamente em relação ao segundo, este se subdivide em três etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados (mediante leitura exaustiva para construção do *corpus* do trabalho, estabelecendo categorias centrais) e análise final (apresentação da síntese dos resultados e a teorização).

Os resultados que emergiram após a análise foram: proporcionar a diversificação de cenários como possibilidade de apreensão da complexidade,

considerando o sujeito como um ser constituído por diferentes aspectos; incitar o desenvolvimento de habilidades embasadas em valores como a solidariedade, responsabilização e na compreensão intersubjetiva das pessoas no qual o cuidado está endereçado; e incentivar no graduando a compreensão da relação dialética entre os termos “gerenciar” e “cuidar”, e a relação direta deste com a qualidade do cuidado.

Deste modo, a apresentação dos resultados provenientes das entrevistas com as enfermeiras foram identificadas com a letra E seguida do número correspondente à sequência das entrevistas, exemplo: Enf.1, Enf.2. As observações, por sua vez, foram identificadas com a data e local de realização, a partir de uma breve contextualização da cena observada. Os sujeitos que aparecem nas observações foram identificados da seguinte forma: quando profissionais, a abreviatura da profissão seguida de número pré-estabelecido, por exemplo, ACS1, ACS2. Quando usuários, nome próprio fictício.

A pesquisa matricial foi aprovada e possuiu o consentimento da equipe de saúde da USF estudada, pela Secretaria Municipal de Saúde e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), conforme Protocolo no 1939/11.

### **Resultados e Discussões**

Diferentemente, a pesquisa se propôs a um olhar inverso, cujos pressupostos apontam as práticas de cuidado em ato como possibilidade de questionar os elementos constitutivos na prática de cuidado. Além disso, colocar o atributo da longitudinalidade para pensar, reflexivamente, a formação acadêmica de enfermeiros.

### **Diversificação dos cenários e apreensão da complexidade**

O diálogo a seguir foi iniciado durante a digitação dos dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), entre Enf.1 e ACS1. A ACS1 compartilha as situações que necessitam apoio adequado para condução satisfatória:

Diário de campo 17/04/2012 (manhã) – Encontram-se na sala de reuniões três ACS e Enf.1, para a digitação do SIAB. ACS1 fala da usuária Maria que é hipertensa e está com a pressão lá nas alturas, é evangélica, veio na USF tirar um dente, a pressão estava alta e não tirou. Agora diz que Jesus vai curá-la, não toma medicação. Na sequência do diálogo, a ACS1 desabafa com a Enf.1, dizendo ser muito sensível, que faz as Visitas Domiciliárias

(VD) e não resolve nada, que tem muita gente pobre na área dela. Fica evidente o sofrimento da ACS1 e a falta de retorno da Enf.1.

A ACS1 solicitou que a Enf.1 e equipe interviesse no caso, tendo em vista que identificou a presença de condições geradoras de risco e vulnerabilidade. A descrição da situação realizada pela trabalhadora de saúde se refere restritamente aos termos biológicos que, para melhor compreensão e avaliação do caso é importante que sejam discutidos na equipe para a construção do plano de cuidado.

Na USF, a enfermeira atua como o profissional de referência dos ACS, visto que estes últimos consistem no elo entre serviço de saúde e contexto de vida do usuário. Os ACS são trabalhadores da equipe mais próximos da realidade em que o sujeito vive e, por isso, são capazes de estabelecer uma boa relação com os sujeitos e seus núcleos familiares.

Desse modo, conhecer as características de vida das pessoas além da perspectiva biológica se faz necessário, uma vez que há condições do contexto de vida que potencializam a vulnerabilidade. Além disso, a partir dessas informações mais precisas sobre a vida das pessoas, também se concretizam as relações de vínculo, base primordial para que o atributo de longitudinalidade possa ter eficácia. A formação tem a incumbência de incitar o graduando a desenvolver sua própria percepção sobre as diversidades existentes na realidade da população a partir de métodos pedagógicos que incluem a discussão, análise de situações reais e problematização.

Também se recomenda à formação que possibilite que o graduando se insira desde o início do curso em diferentes cenários que vão além dos espaços acadêmicos ou cenários habituais de realização das práticas. A diversificação de cenários de ensino-aprendizagem estimula o desenvolvimento do olhar crítico do graduando e, com isso, constitui uma das estratégias para a transformação curricular<sup>8</sup>.

A realidade é capaz de expor as diferentes dimensões envolvidas no bem-estar ou sofrimento que perpassam a vida do sujeito. Quando o graduando visualiza e apreende essa complexidade, é possível que consiga associar os conteúdos de determinadas disciplinas e interligar a experiência social de cada ator envolvido no encontro: o docente, o profissional, o usuário, suas próprias experiências. O

“envolvimento dos estudantes com e na comunidade, gerando reflexões sobre esta”<sup>8</sup> (p. 209) embasam a construção de sua aprendizagem.

O ato do encontro entre estes diferentes atores, especialmente profissional e usuário, é permeado de diferentes valores, de acordo com a intencionalidade dos envolvidos:

Diário de campo 30/05/2012 (tarde) – Em reunião, a equipe discute sobre a paciente da ACS1, com biópsia de mama apontando Bi-Rdes 4. A Enf.1 diz que ela precisa ser encaminhada para a Saúde Mulher. ACS1 diz que paciente está muito nervosa. Enf.2 diz em resposta à ACS1 que foi por isso que pediu para ela vir na USF conversar e para orientá-la.

Neste diário de campo, embora a usuária já estivesse consciente do possível diagnóstico, a intencionalidade da enfermeira de se dispor a conversar e orientar a usuária pode auxiliar na “conformação”, como também, a encorajar ao enfrentamento à doença. É importante destacar que a relação entre profissional e usuário ao longo do tempo, na perspectiva da longitudinalidade, não é restrita e/ou reduzida à terapêutica, mas, inclusive, pressupõe interesse no outro, presença e preocupação.

Essa relação é progressiva, um “contrato implícito entre profissional e usuário”<sup>9</sup> (p. 806) que, como não se encerra com a resolutividade da demanda existente, contribui para o acompanhamento das diferentes fases de vida do sujeito e sua família. Para a existência deste contrato entre profissional e usuário, a relação de empatia e confiança necessita ser estabelecida.

É por meio da aproximação do contexto social e cultural que permeia o espaço de vida das pessoas, a formação acadêmica está desafiada a desenvolver a sensibilidade do graduando e provocá-lo também a construir sua percepção sobre trabalho, vida, relações, tornando-o capaz de enxergar o que está invisível. Ao abordar o modo como se aprende frente ao processo educativo, determinada autora afirma que “aprender é muito mais do que processar a informação”, pois “sendo possibilidade da experiência [a aprendizagem] está naquilo que efetivamente nos toca, nos passa, nos acontece, ou seja, há algo no não visto”<sup>10</sup> (p. 333). Assim, uma experiência que se apresenta diferentemente de qualquer coisa que já se conheceu é capaz de despertar interrogações àquilo que se conhece. A aprendizagem, então, se torna significativa.

Visto isso, é no ato do encontro que as relações são estabelecidas e a compreensão do outro se torna possível. Uma das missões da educação do futuro consiste em “ensinar a compreensão entre as pessoas como condição e garantia da solidariedade intelectual e moral da humanidade”<sup>11</sup> (p. 81). Para este autor, compreender significa “apreender em conjunto”, na convivência, de modo a abraçar o todo e as partes em seu contexto, apreender a complexidade.

Entretanto, quando há pouca ou nenhuma articulação e coparticipação na condução de casos identificados pelos ACS e repassados à equipe, a concentração dos encaminhamentos das demandas existentes fica a cargo de um único profissional. Nos resultados encontrados está evidente o sentimento de ausência de retaguarda das enfermeiras para com o ACS, em especial do enfermeiro, que possui atribuição específica de “planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS”<sup>5</sup> (p. 46).

Na situação a seguir, como não houve iniciativa da enfermeira em discutir com a ACS a necessidade apresentada, a pesquisadora, que também exerce a função de docente na USF, propôs-se a acompanhar a ACS na VD agendada à usuária.

Diário de campo 23/04/2012 (tarde) – Pesquisadora acompanha a VD com a ACS1 à casa da usuária Maria. Na casa da senhora, a ACS1 apresenta a pesquisadora como professora da universidade e também enfermeira. A pesquisadora pergunta se a pressão dela estava alta quando foi à USF. Usuária: “Sim, estava muito alta, não deu para fazer nada. Depois fiquei lá parada um pouco e daí fizeram (atendimento odontológico). Tenho só uns dentes embaixo, em cima é chapa, e começaram a doer, fui lá. [...]” ACS1 comenta que ela é bem nervosa também (continua).

A VD consiste em um dispositivo para auxiliar no processo de trabalho da equipe da USF. A partir dela, o profissional tem condições de conhecer como vive o sujeito, sua história, sua cultura, suas relações com o entorno. Desse modo, a VD pode ser utilizada como metodologia formativa para facilitar o contato do graduando com as famílias e suas singularidades, corroborando a afirmação que “formar implica dialogar com redes de saberes e experiências”<sup>12</sup> (p. 20). Ao vivenciar outros contextos é possível captar novas informações presentes na composição da trama de vida dos sujeitos, de modo que a VD se insira positivamente na formação e na

atenção à saúde, pois coloca em evidência o atributo da AB de focalização na família.

O ACS aparece como protagonista da construção do vínculo com os usuários e famílias e o enfermeiro, como coadjuvante dessa relação. Conforme identificado, houve postura de desinteresse da enfermeira para acompanhar o ACS na VD, e este pode ser um dos fatores associados à postura coadjuvante do cuidado. Na ocasião, pesquisadora e ACS1 dialogaram com a usuária sobre a utilização dos anti-hipertensivos, confrontando com as orientações repassadas na prescrição médica e investigaram as possíveis causas que desencadearam a ansiedade:

Diário de campo 23/04/2012 (tarde) – A usuária Maria conta dos problemas com um dos filhos. Um deles, 25 anos, teve hemoptise, vomitava e saía sangue pelo nariz. Ele foi para o hospital universitário (HU) e diagnosticaram com tuberculose. O HU encaminhou para a Secretaria Municipal de Saúde. Ela o levou lá, pegou a medicação e fala que está bem orientada sobre o uso, que fiscaliza o filho bem de perto. ACS1 orienta os cuidados com o arejamento do local. Pesquisadora questiona se ela foi orientada sobre os comunicantes, a necessidade de fazerem o exame de escarro. Ela não soube informar.

Além da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada, foi identificado outro problema que estava envolvendo a família desta usuária e que implicava no agravamento do seu processo de saúde/doença. Autores reforçam que acompanhar um indivíduo ao longo do tempo implica que a família seja considerada também, assim como a realidade que ele está inserido<sup>8</sup>.

Os resultados descritos até então formam uma ilustração que bem traduz a afirmação de que o ser humano é multidimensional<sup>11</sup>. As informações que dizem respeito ao componente biológico (HAS não controlada, ansiedade, dor de dente, doença do filho) fazem parte de uma totalidade (ser humano) junto com outros componentes (social, cultural, político, emocionais). Contudo, um componente isolado não permite a compreensão inteligível da totalidade. Quando o componente biológico foi contextualizado, e interligando a ele outros componentes (familiar, social), este passou a adquirir sentido, possibilitando clareza para a compreensão da totalidade. Essa relação entre as partes interligadas e o todo é definida por global<sup>11</sup>.

O pensamento complexo é uma alternativa para que a formação acadêmica do enfermeiro consiga estimular a apreensão do que está tecido junto e, portanto, que caracteriza a complexidade existente no cenário das práticas de cuidado. A

observação exposta reforça a necessidade de coerência com a lógica da ESF que, como o próprio nome já traz, tem como núcleo central a família, percebida em face de seu ambiente físico e social.

Dito isso, ressalta-se que a orientação comunitária, atributo derivado e operado pela AB, pressupõe o reconhecimento das necessidades das famílias considerando os contextos físico, econômico e social em que vivem a partir da análise situacional da comunidade pertencente ao território assistido<sup>13</sup>. Então, com intento de garantir que a orientação comunitária e a centralidade na família fundamentem as práticas de cuidado na AB, a formação acadêmica deverá oportunizar momentos em que os graduandos consigam traçar o diagnóstico comunitário, aproximando-os à ideia do planejamento em saúde na medida em que também exploram o perfil epidemiológico e as informações que caracterizam determinado território.

Do mesmo modo que a VD pode possibilitar a identificação das informações próprias de uma realidade, sistemas de informação, como o SIAB, também poderão ser utilizados para trabalhar com os graduandos as possibilidades de interpretar o território em que a família vive.

### **Solidariedade e Compreensão Intersubjetiva**

No relato a seguir, da observação de uma reunião de equipe, uma ACS mostra um caso de uma gestante que apresentava corrimento vaginal e que em seu entendimento poderia ser infecção urinária, configurando-se risco à gestante.

Diário de campo 23/05/2012 (tarde) – ACS2 diz: “Tenho uma grávida assim: senti uma pobreza extrema, está passando fome, a família desunida por causa das necessidades, mãe recebe aposentadoria, mas é pouco, irmão drogado que rouba as coisas de dentro de casa para vender. Ela faz programa (se prostitui). Estava com uma baita infecção. Corri a manhã inteira para conseguir um carro para levar ela no pronto atendimento.”. Relata que ela estava sentindo dores há uma semana, estava com sangramento e ligou pro Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) cujo médico foi estúpido e disse que isso não colocava a mãe em risco e não podiam atender. ACS2 diz que conseguiu um pacote de massa e feijão para ela dar comida para as crianças. Tem dois filhos pequenos e ficou com os eles para ela (gestante) ir consultar. Conseguiu um carro para levá-la ao centro obstétrico do HU.

As informações apresentadas revelam outros elementos que caracterizam um contexto de vida de extremo sofrimento e de exclusão social, tornando o contexto

inteligível e, portanto, dada a complexidade que se apresenta, não há como admitir a simplificação da situação que envolve esses sujeitos.

A informação possibilita a “compreensão intelectual” de determinado fenômeno, mas não é suficiente para garantir a compreensão humana, que é complexa e intersubjetiva, ou seja, as relações e interações acontecem na intersubjetividade com o outro<sup>11</sup> (p.82). Ainda que os profissionais de saúde possuam informações sobre seus usuários, estas, isoladas, não são suficientes para proporcionar a compreensão real do que se passa. A compreensão do outro requer, primeiro, conjugar as informações que se tem no contexto daquele a quem a informação se refere: “explicação”. E, segundo, uma “compreensão intersubjetiva”: perceber o outro como legítimo outro requer que se identifique. Isso solicita abertura e inclui empatia, generosidade, identificação sujeito-sujeito, sensibilidade. A informação apenas traz inteligibilidade quando há compreensão intelectual e intersubjetiva<sup>11</sup>.

Se o vínculo consiste em uma dimensão relacional porque existe uma condição de possibilidade, também é “condição de possibilidade, isto é, a esfera transcendental da ação de cuidar”<sup>14</sup> (p. 135). Com isso, a compreensão do outro na dimensão intersubjetiva e as habilidades relacionais devem estar presentes no contexto da formação acadêmica que, além da perspectiva profissionalizante, também está assentada na missão de formação cultural, de modo a produzir vias sustentáveis para o desenvolvimento de uma nova cultura de cuidado.

A solidariedade também é um valor que deve perpassar a prática do cuidado. No território de cuidado, a solidariedade pode existir para com o outro (usuário) ou entre os profissionais. Na sequência da observação anteriormente apresentada, é possível identificar essas duas dimensões presentes no processo de trabalho entre os ACS.

Diário de campo 23/05/2012 (tarde) – (continuação da reunião de equipe)  
ACS3 diz à ACS2 que alimentação tem no centro espírita, na pastoral e que (nome) faz esse tipo de corrida. Tem a (nome) que dá sacolão (informa endereço), tem o Centro de Referência Assistência Social (CRAS), fala com a Assistente Social. É a ACS3 quem acaba orientando a ACS2 os caminhos para conseguir alimento e transporte e que orienta a colega que “deve informar a grávida e não fazer por ela”. Enf.1 e Enf.2 estão presentes, mas não se manifestam.

Presume-se que o vínculo também careça existir nas relações entre trabalhadores, que se estabelecem solidárias quando pautadas na atuação em equipe. A constituição de uma relação orgânica entre os trabalhadores de saúde acontece no interior do serviço, mas é na formação que se inicia e fortalece a construção de uma consciência coletiva e para o trabalho em equipe. A formação, apresentando-se permeável e que não se feche em si, possibilita que o graduando tenha contato com outros conhecimentos e dialogue com o diferente, o divergente, identificando semelhanças e signos que se cruzam e, através destes, cria-se a possibilidade de romper (talvez superar) a lógica do trabalho em saúde fragmentado.

Como, então, almejar uma formação para a diversidade que enxergue e respeite o outro em sua diferença e singularidade? Existe diversidade na construção das práticas de cuidado e na construção do conhecimento? Essas reflexões evidenciam que, para a formação na saúde estar em coerência com a proposta da AB, ela deve expandir o repertório de cenários, não ficando restrita ao ambiente físico das USFs, mas reconhecendo a importância de experiências informais e alternativas em outros espaços, que também permitem contato com o outro e seu contexto, seja profissional, usuário, gestor, estudante, e que seja possível produzir relações de cooperação, horizontalidade, democráticas, solidárias e continuadas.

Como observado, um instrumento de encontro e diálogo horizontal entre os profissionais e trabalhadores da equipe de saúde da USF é a reunião de equipe, que pode ser utilizada tanto para análise do processo de trabalho quanto para o compartilhamento de situações vivenciadas pelos profissionais e discussão de estratégias que impactem na situação de saúde do território adscrito. Abaixo, a observação se refere ao encaminhamento dado pela equipe da USF ao caso da gestante acima apresentado.

Diário de campo 23/05/2012 (tarde) – (continuação da reunião de equipe): Até então, ambas as enfermeiras estão presentes na reunião e não se pronunciam sobre a situação da gestante em extrema vulnerabilidade apresentada pela ACS2. A equipe se dispersa em função de uma batida aos fundos da unidade e posteriormente prosseguem para outra pauta. Pesquisadora questiona: “Espera aí, tem uma gestante na história, e, pelo que foi falado até agora, pode ser uma infecção urinária, isso configura risco!”. Enf.1: “Sim.” (com a expressão: e daí?). ACS2 fala que ela foi orientada a usar creme vaginal e novamente fala: “Ela se prostitui”. Conclui-se que não deve ser infecção urinária. Enf.2: “Não entendo por que as

peças procuram problemas, já não bastam os que têm!”. Vários outros comentários maliciosos saíram a partir disso.

A observação denuncia a falta de sensibilidade dos profissionais, a não responsabilização pela situação e a negação de cuidado na medida em que há culpabilização do usuário e banalização do seu sofrimento. Pode-se inferir que as ideias, valores e as representações sociais particulares que os profissionais possuem sobre indivíduo e coletividade, sujeito e família, são decisivos no seu fazer cotidiano.

A teoria do pensamento complexo, quando se refere à compreensão humana, também aborda o pressuposto da ética da compreensão. Visto isso, a formação está desafiada a desconstruir a postura dos graduandos de “juizes das coisas”. Isso é possível a partir do estímulo ao autoexame e à introspecção, pois “se soubermos compreender antes de condenar, estaremos no caminho da humanização das relações humanas”<sup>11</sup> (p. 87). Nessa perspectiva, a formação deve disparar processos de ressignificação sobre o ser profissional, o ser sujeito no mundo e principalmente, sobre o próprio SUS partindo do pressuposto que para almejar a transformação social, esta deve ocorrer primeiramente em cada sujeito.

A observação relatada direciona a discussão da formação profissional, especificamente no que tange à ética. A prática da enfermagem se insere em um contexto com grandes possibilidades de deparar-se com conflitos éticos, conforme autores<sup>15</sup>. Disso decorre que é imprescindível que a formação trabalhe no graduando a ética prática. Dissolver pensamentos e posturas de cunho moralista e de pré-julgamentos que ferem o cuidado. Contudo, não deve se limitar, exclusivamente, aos preceitos legais do código de ética da profissão, visto que ética se refere ao caráter, o *dever ser* em respeito às liberdades.

Um desafio presente à formação é estimular o graduando a construir sua percepção e postura ética sobre as diferentes situações relativas ao outro a quem se endereça o cuidado. Para isso, está o estímulo ao graduando a refletir, permanentemente, sobre o seu agir, sua prática e seus valores, em vista de que o ser humano estabelece compromissos, vínculos e desejos diferentes entre seus semelhantes, consigo mesmo e com o mundo. A autorreflexão a partir da

introspecção é uma pré-condição para a compreensão humana e para o respeito à diversidade.

Para tanto, o olhar propositivo, do pensar “como deveria estar abordando determinada situação” requer disponibilidade emocional, ou seja, abertura para a alteridade, que implica em colocar-se no lugar do outro, considerando seu contexto, para de fato ter condições de avaliar como ele se encontra. Então, como a formação prepara o graduando para enfrentar e intervir em situações que, muitas vezes, lhe causam perplexidade, por exemplo, essas situações geradoras de conflitos éticos? Acredita-se que, por intermédio de espaços que provoquem o compartilhamento de experiências e sentimentos, com outros colegas, docentes, profissionais e que desafiem os graduandos a pensar sobre frustrações, sofrimento, conflitos éticos, problematizando essas situações.

### **Responsabilização e gerenciamento do cuidado**

As observações subsequentes ilustram a história de uma usuária que procura o serviço de saúde por necessitar de um curativo aparentemente simples no pé.

Diário de campo 19/04/2012 (tarde) – Chega uma senhora acompanhada da mãe, entrega um pedido de Raio X para a Enf.1 que está na recepção e diz: “Trouxe a mãe para fazer um curativo no dedão do pé.”. A Enf.1 pede para a Tec. de Enf. fazer o curativo. A Tec. de Enf. volta e diz: “É uma unha encravada. Tem que tirar. Não adianta fazer curativo.” Enf.1 pergunta: “A médica não faz isso aqui?” Tec. de Enf.: “Não. Para onde encaminhamos? [...] vou perguntar para o doutor.” (que no momento está em atendimento). Volta e diz: “Ele disse que é só levar ela no Pronto Atendimento (PA) que eles fazem.”. Filha e mãe saem dizendo que irão para o PA.

A enfermeira não foi avaliar o que se presumia ser uma unha encravada, delegando à técnica de enfermagem esta função. A profissional, ao julgar necessária a remoção da unha, procurou alternativas para dar uma resposta, resolvendo parcialmente, com a orientação de que o procedimento poderia ser feito no PA.

Alguns dias após, em 09/05/2012, a enfermeira da USF recebeu uma ligação da enfermeira do HU (ação oriunda do projeto intitulado “transferência do cuidado” da residência multiprofissional) informando que a usuária que foi encaminhada àquele serviço para avaliar uma necrose no hálux do pé direito e acabou em amputação, havia recebido alta hospitalar e, por isso, a paciente necessitaria de curativo domiciliar. É válido destacar que, nesta semana em que o caso foi repassado à enfermeira1, a pesquisadora estava ausente da USF devido as

atividades da Universidade, tomando conhecimento da situação em 16/05/2012, quando foi registrada no diário de campo.

Diário de campo 16/05/2012 (quarta-feira) – Enf.1 passou o caso da usuária à pesquisadora, pois a VD até o momento não havia sido feita. Solicita que ela faça o curativo, aproveitando que o carro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está disponível para a vacinação da influenza nos acamados. Pesquisadora confirma com a Enf.1 quantas vezes será feito o curativo da senhora, que responde “uma vez na semana”. Pesquisadora organiza alguns materiais para deixar com a paciente e vai até a casa da senhora, acompanhada dos acadêmicos de enfermagem da universidade. [...] Na casa da paciente, pesquisadora avalia a ferida e constata que está numa fase crítica de cicatrização, pois é uma lesão ampla, com necrose. No retorno à unidade, pesquisadora explica a situação à Enf.1 e que seria prudente fazer curativo todos os dias, pois, ao contrário, aumentaria o risco de aumentar a área necrosada e ampliar a amputação. Pesquisadora propõe que se dividam: ela faz o curativo nos dias que está na USF com os acadêmicos e nos demais dias a enfermeira deve assumir os curativos. Enf.1 concorda.

A necessidade de continuidade do cuidado está explicitamente indicada para o acompanhamento da usuária com ferida proveniente da amputação, ou seja, a continuidade está relacionada a um problema de saúde específico<sup>2</sup>. A longitudinalidade, por sua vez, é mais abrangente, na medida em que diz respeito à relação ao longo do tempo entre os envolvidos. Essa relação entre a continuidade do cuidado e a longitudinalidade pode ser identificada na observação relatada, e que a presença de um cuidador (enfermeiro, professor) possibilitará o estabelecimento do vínculo necessário para a ação do cuidado.

O enfermeiro possui conhecimento teórico-científico para avaliação, planejamento e coordenação dos cuidados a pacientes com feridas, bem como acompanhar a evolução, executar ou supervisionar os curativos<sup>16</sup>, como também em situações quando o cuidado à usuários com feridas forem realizados por outros profissionais ou pelo próprio paciente. Desse modo, a assistência a estes pacientes é uma das atribuições dos enfermeiros, em que os autores<sup>16</sup> justificam que o destaque à área ocorre em virtude da abordagem excessiva destes cuidados no currículo da formação acadêmica. Sugere-se à formação, contudo, que instigue no graduando a compreensão de que o cuidado deve ir ao encontro da perspectiva usuário-centrado e, desse modo, estimulá-lo a inventar arranjos organizacionais de práticas que se adaptem as peculiaridades existentes em cada situação.

Com relação a este caso em discussão, é válido dizer que o dia seguinte à avaliação da ferida em que se constatou a necessidade de curativo domiciliar diário foi feriado municipal. Na sexta-feira foi ponto facultativo, no qual a equipe, de acordo com as atas de reunião, consensualmente decidiu em reunião de equipe que não abriria a unidade, retornando às atividades apenas na segunda-feira.

Diário de campo 22/05/12 (tarde) – Antes de sair para a visita domiciliar à casa da usuária, a pesquisadora conversa com a médica sobre a preocupação com a evolução e a necessidade de antecipar o retorno da senhora ao HU. A médica considera desnecessário antecipar, pois, se a necrose já está avançando, ela precisa estabilizar antes e depois fazer a intervenção. Durante a VD, a pesquisadora observa que a ferida piorou muito com os quatro dias sem curativos feitos pela Enf.1. A lesão não está infectada, mas a necrose de liquefação aumentou muito, pois neste final de semana (dois dias de feriado, mais o final de semana) sua filha que a auxiliaria nos cuidados havia viajado e a usuária ficou sozinha em casa.

O exposto deste caso denuncia a falta de responsabilidade do enfermeiro e a fragilidade no que tange ao gerenciamento do cuidado, que geraram consequências não dimensionáveis a vida da usuária. A intencionalidade da ação de cuidado para atender às necessidades do usuário necessita a convergência com a capacidade de identificar e planejar recursos (materiais, físicos, força de trabalho) para que o cuidado possa ser ofertado com qualidade<sup>17</sup>. O que acontece, por vezes, é que equivocadamente os enfermeiros desassocia cuidar e gerenciar, entendendo-as como atividades incompatíveis a serem realizadas concomitantes<sup>18</sup>.

A formação, no que tange ao gerenciamento do cuidado, deve possibilitar que o graduando apreenda esta relação dialética entre os termos “gerenciar” e “cuidar”, visto que a qualidade do cuidado também está relacionada à gerência. Também pelo fato de que o gerenciamento do cuidado requer a compreensão do contexto de vida, aspecto que fortalece o que está discutido neste estudo, da compreensão global do sujeito, e assim planejar intervenções que minimizem e previnam agravos à saúde.

Outro aspecto a ser considerado é a finalidade da formação em instigar a geração da consciência de responsabilidade social do graduando, uma vez que, na AB, a responsabilidade também é sanitária, pelo território e quem pertence a ele: indivíduo e comunidade. Como a AB tem função de coordenação do cuidado<sup>5</sup>, ela, por intermédio de seus profissionais, deve elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares (PTS). Para que isso ocorra, há necessidade de relações

dialógicas entre os profissionais, espaço específico para discutir, planejar e avaliar os casos e, assim, que impliquem no comprometimento compartilhado do cuidado, ou seja, cogestão.

Nesse sentido, a formação também poderá fomentar espaços de integração entre ensino e serviço para a construção de PTSs, por exemplo, de modo que seja uma construção (e aprendizagem) conjunta, a partir da coparticipação de outros profissionais, outros graduandos e do próprio usuário. Compreende-se que o processo formativo quando inserido em outros cenários além da sala de aula, influencia a transformação de saberes e práticas de outros atores, convidados a participar dessa construção coletiva. Assim, é possível a transformação do modelo de atenção à saúde e a lógica de atuação das unidades de saúde.

### **Conclusão**

As práticas de cuidado reveladas na construção deste estudo foram apresentadas na perspectiva da longitudinalidade, na medida em que foram identificadas situações em que, ao longo da leitura do banco de dados, os mesmos usuários receberam atenção à saúde pela equipe por diferentes situações.

A formação que se defende com este estudo é a que se utiliza de processos pedagógicos que estimulem o graduando a refletir e pensar sobre seus atos (autorreflexão), pois se acredita que não há como desassociar o ser, suas ideologias e valores (que não são inatos) do seu agir, e que passam a estarem presentes no cotidiano da práxis profissional. Entretanto, a formação, quando de cunho tradicional, tende a formar o graduando uma pessoa burocrata, que supervaloriza a prática, o fazer pelo fazer, sem pensar no que se está fazendo e, portanto, que acaba cometendo atos que não são condizentes com a perspectiva do cuidado.

Também cabe à formação avançar na construção de condutas de cuidado pautadas nos preceitos da AB, sobretudo para a concretização do vínculo, base primordial para que seja possível a longitudinalidade. Para isso, a consciência de coletividade, a compreensão intersubjetiva, o respeito à diversidade e às liberdades, a ética prática deverão ser instigadas na formação para que sejam perpetuadas no espaço de trabalho, visto que a formação tem uma parcela quase que total a dar a direcionalidade do modelo de cuidado equitativo em disputa no país.

## Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico; 1988.
4. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3 de 7 de novembro de 2001: diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília, DF: MEC; 2001.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.
6. Yin RB. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelano E. Formação Profissional no SUS o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. Revista Brasileira de Educação Médica. 2010; 34(2):207-15.
9. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery (impr.). 2011; 15(4):802-10.
10. Chaves SE. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos no ensino da graduação em Enfermagem. Interface (Botucatu). 2014; 18(49):325-36.
11. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.

12. Heckert AL, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. 1ª ed. Brasília: MS; 2010.

13. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

14. Roselló FT. Antropologia do cuidar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

15. Leal DF, Rauber JJ. A concepção de ética dos profissionais da enfermagem. REME rev. min. Enferm. 2012; 16(4):554-63.

16. Costa KS et al. Atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de feridas. Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI, Teresina. 2012; 5(3):9-14.

17. Grabois V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos gestores do SUS. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190.

18. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3).

### 3 DISCUSSÃO

Este estudo permitiu conhecer as práticas de cuidado de enfermeiros em uma USF e discutir as contribuições para a formação acadêmica do enfermeiro. As práticas de cuidado analisadas em face do atributo de primeiro contato da AB revelaram que este pode ser iniciado pelo próprio usuário quando procura a unidade ou quando os ACS compartilham, com a equipe casos identificados como vulneráveis e que demandam atenção. As condutas observadas geralmente eram de submissão às normativas do processo de trabalho, logo, inflexíveis. Desse modo, restringiam o acesso do usuário ao serviço e se excluía a possibilidade de acolhimento e da construção de vínculo com o usuário. Portanto, as práticas, que deveriam ser de cuidado, foram, em diversas vezes, de descuido, ou como nos dizeres de Pasche (2010, p.66): “fenômenos de desumanização”.

O enfoque ao atributo da longitudinalidade, por sua vez, pautou-se às práticas de cuidado destinadas a situações específicas com alguns usuários em diferentes momentos no período da coleta de dados. Constatou-se que é o ACS o protagonista das relações e vínculos entre usuários, família e unidade. O enfermeiro atua como coadjuvante dessa relação. Em reuniões de equipe ou mesmo por intermédio das visitas domiciliares, o ACS identifica e compartilha situações com potencial de risco e vulnerabilidade, nas quais solicita coparticipação do enfermeiro para conduzi-los em busca de resolutividade. Quando a coparticipação não ocorre são os próprios ACS que se ajudam entre si, em uma relação caracterizada como solidariedade. Outras situações identificadas revelam falta de sensibilidade, culpabilização do outro em face da banalização do sofrimento alheio, não responsabilização e negação do cuidado ao usuário pelos enfermeiros.

Visto isso, emerge um questionamento: se as práticas de cuidado do enfermeiro foram consideradas práticas de descuido, elas seriam reflexos de uma formação-deformação? Esta pesquisa, ao debruçar-se às práticas do enfermeiro, possibilitou acenar aqueles que estão envolvidos com a formação, elementos provocativos para compor o processo formativo que dê ênfase na fundamentação teórica e na aquisição de competências que ultrapassem a dimensão instrumental do “saber fazer” e “do como fazer”, para compreender o sentido do “por que fazer” o que tem que ser feito.

Esta postura almejada sugere que a prática de cuidado precisa ter significância para quem a executa e para quem é endereçada. Para isso, parte-se da premissa de que é necessária uma formação capaz de gerar uma (nova) consciência de cultura de cuidado, orientada pelos componentes do acolhimento e do encontro com o usuário e seu território de vida/existência. O sujeito profissional, nessa perspectiva, é capaz de avaliar uma situação específica, no contexto social e cultural de origem, identificar e integrar os determinantes e condicionantes de saúde/doença presentes neste território, para, então, avaliar, elaborar e aplicar propostas de intervenção.

Embora de modo geral as práticas de cuidado não apontem fragilidade instrumental e de conhecimento científico, elas apontam uma postura do enfermeiro que não corresponde ao que é esperado na Atenção Básica. Revelam fragilidade no que tange à complexidade das relações entre os sujeitos e da compreensão da totalidade que é o ser humano, apontando-as como o grande desafio à formação acadêmica.

Delors (1998, p. 85) afirma que “em regra geral, o ensino formal orienta-se, essencialmente, se não exclusivamente, para o ‘aprender a conhecer’ e, em menor escala, para o ‘aprender a fazer’.” Porém, “aprender a viver juntos” e “aprender a ser” devem ser “prolongamentos naturais” destes dois primeiros pilares, segundo o mesmo autor. Portanto, é possível constatar que estes dois pilares, “aprender a viver juntos” e “aprender a ser”, no viés da formação do enfermeiro, não se realizam no nível teórico unicamente, mas, sim, se consolidam no campo das vivências e das experiências, quando elas produzem sentidos, desvelam novas formas de se relacionar, novas sensibilidades e, conseqüentemente, mobilizam conhecimentos e saberes para lidar com situações não vivenciadas em práticas anteriores.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Jacques Delors presidiu a Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, no ano de 1993. Com propósito de apontar caminhos à educação do século XXI, a comissão apresenta quatro princípios-pilares do conhecimento. Os quatro coexistem e, portanto, não há como pensá-los isolados, em vista de que na prática há interação e eles são interdependentes. **Aprender a conhecer** significa também aprender a aprender. Compreende o domínio de instrumentos da compreensão, de modo que as pessoas se sintam instigadas a buscar o conhecimento ao longo da vida. Combina a cultura geral com a cultura das ciências. **Aprender a fazer** está ligado ao aspecto da formação profissional. Em pôr em prática os conhecimentos adquiridos, aprender a agir sobre o entorno, desenvolvendo também as competências de adaptação à variabilidade de situações e ao trabalho em equipe. **Aprender a viver juntos**, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas. Dada a diversidade de culturas existentes no mundo, duas vias complementares são necessárias: a descoberta do outro (que inclui a descoberta de si mesmo) e a participação em projetos comuns, com vistas à solidariedade, gerir conflitos, respeito à diversidade e compreensão mútua. E, por fim, **Aprender a ser**, via essencial que integra as três precedentes, perpassa o desenvolvimento do ser em um processo dialético que inicia pela descoberta de si mesmo para, posteriormente, a descoberta do outro, que contribui para o desenvolvimento

A **diversidade de cenários** é indicada como um meio de aprimorar a formação acadêmica do enfermeiro, porque se entende que o cotidiano é o contexto no qual se produz existência e que convoca o graduando a se inserir neste meio. Para poder captá-lo e **contextualizar** o ambiente, faz-se necessário um pensamento sensível que enxergue o outro e seu entorno como eles são, aceitando-os sem julgamento, pois o desejo do outro não pode ser tutelado por ninguém. O território real expressa a multidimensionalidade existente no ser humano e a **relação inter-retroativa** presente entre esses multielementos (culturais, sociais, políticos, biológicos). Ocorre então a **apreensão da complexidade**.

Também através da **compreensão intersubjetiva**, destaca-se que a formação passa a ser orientada sob a égide da humanização, e que essa habilidade é possível quando o graduando consegue a abertura subjetiva em relação ao outro, seja ele usuário, profissional, gestor, docente, ou outro graduando. A convivência que possibilita a compreensão contribui para que se dissolvam as interpretações equivocadas e pré-conceitos, visto que o **princípio da incerteza** de que existe uma “verdade absoluta” sobre algo ou alguém produza oxigênio para que se construam novos conhecimentos e novas maneiras de se relacionar. As “verdades absolutas” são interrogadas e examinadas, outros pontos de vista passam a emergir e, desse modo, adquire-se a aptidão para autorreformular toda e qualquer ideia, teoria, percepção, de si e alheia.

Ao dar enfoque à ética da compreensão humana, à compreensão da causalidade mútua e circular (inter-retroativa), à apreensão da complexidade, ao princípio da incerteza, à contextualização, como elementos indicativos para pensar a formação acadêmica do enfermeiro, acredita-se que intrinsecamente os quatro pilares da educação estão contemplados, mas há destaque essencial para “aprender a viver juntos” e “aprender a ser”. A partir desses aspectos, o graduando tem possibilidade de adquirir autonomia intelectual, desenvolver a criticidade sobre a vida, a habilidade da introspecção, formular suas percepções e posturas em vista de juízos de valor e da ética, capacidade de discernimento e formas de agir perante as variabilidades de situações presentes na vida, a descoberta e valorização do outro e a construção conjunta de projetos comuns, conforme Jacques Delors e demais membros da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI discorrem quando apresentam os quatro pilares da educação (WERTHEIN, CUNHA, 2005; DELORS, 1998, 2010).

---

da personalidade do sujeito, embasada por valores como: autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal (DELORS, 1998, grifos nossos).

As contribuições à formação acadêmica, conforme discutidas, sugerem que, além dos fundamentos teóricos, se coloque no dia a dia do discente os componentes presentes no processo de trabalho da Atenção Básica. Visitas domiciliares, sistemas de informação, diagnóstico comunitário, compartilhamento de situações, frustrações, sentimentos, estudos de casos clínicos com potencial vulnerabilidade (propósito da reunião de equipe), e outros. Esses componentes possibilitam que o graduando compreenda que a prática de cuidado na Atenção Básica é complexa e que diferentes elementos possuem relação de interdependência e estão presentes no fazer cuidado/saúde e, assim, dissolvem a equivocada concepção de práticas de cuidado restritas às técnicas e procedimentos.

Esses instrumentos utilizados para compor as práticas de cuidado na AB, ao focalizarem a família e a orientação comunitária – também atributos da AB – auxiliam no desenho do planejamento em saúde para determinado território como também tornam visível a diversidade em suas diferentes dimensões: cultural, epidemiológica, das singularidades existentes no coletivo. Na formação, quando presentes, consistem em estratégias de ensino-aprendizagem e instigam à construção de posturas que trazem em seu bojo valores como a integralidade, a ética, a sensibilidade, a compreensão, a solidariedade, a autonomia e o respeito ao outro.

Quando se propõe a dialogar com os atributos de primeiro contato e longitudinalidade, está em destaque o modo como se constituem as relações sociais entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar. Relações estas iniciadas na busca pelo cuidado e/ou perpetuadas em virtude da responsabilização do profissional e serviço de saúde com a vida dos sujeitos. Contudo, quando se discute formação em saúde, as relações não estão restritas ao plano da prática de cuidado, mas também englobam as relações estabelecidas entre docentes e discentes, pensando-as na perspectiva formativa, na qual o primeiro deve assumir o papel de facilitador quando instiga o graduando a mobilizar suas funções cognitivas, afetivas, e o auxilia a apreender a complexidade.

No caso, a problematização opera como uma das possibilidades de libertação do sujeito, compatível à ideia de Freire (2014). Também é a capacidade de exercer uma análise crítica sobre uma realidade problema que desafia os sujeitos, docentes e discentes, a dialogar horizontalmente, valorizando a experiência de cada um, de modo que o ponto de partida seja o senso comum em direção ao conhecimento, então elaborado, frente à apreensão da razão de ser do objeto que se quer aprender. Assim, uma formação que se pauta na problematização

fortalece a aproximação docente e discente quando coloca ambos na horizontalidade da prática de ensino e aprendizagem e, com isso, contribui para que o graduando tome consciência de seu mundo, faça descobertas de si, e atue também intencionalmente para transformá-lo. Do contrário, o graduando corre o risco de ficar à mercê da hegemonia, presente tanto na educação quanto na saúde, reproduzindo conteúdos e modos de agir, sem pensar, examinar e refletir sobre eles.

Por outro lado, e trazendo o diálogo para uma questão mais ampliada, a universidade se insere no debate sobre as contribuições para a reflexão da formação acadêmica do enfermeiro por ser considerada por Zabalza (2004) como um sistema complexo. Ao mesmo tempo em que é uma instituição social, é também uma realidade histórica. Possui, então, uma missão endereçada a transformar a projeção social, em que, segundo o mesmo autor, possui um componente técnico, mas também cultural.

Nesse sentido, a universidade caminha paralelamente às demandas da sociedade. Coloca-se, por vezes, em condição adaptativa para enfrentar os novos e permanentes desafios designados ora pelo Estado, ora pela sociedade. Esse viés implica em suas inúmeras funções que se espera da universidade enquanto instituição social: ensino, pesquisa, apoio técnico e científico, dinamização social e cultural, consultoria social, entre outros (ZABALZA, 2004, p.35).

No Brasil, cabe à educação superior a formação profissional nas diferentes áreas do conhecimento e cabe à saúde a ordenação da formação dessas pessoas segundo as necessidades sociais desse setor relativas à atuação profissional. Ou seja, a educação superior deve atender a Lei das Diretrizes e Bases da Educação (BRASIL, 1996) e suas emendas e o Sistema Único de Saúde, por ser a principal política de saúde no país, deve ordenar esta formação. Em síntese, um setor diz como deve formar e o outro setor executa. Uma das interseções entre ambos os setores está descrita na Lei 8.080/90, em que “os serviços públicos que integram o SUS devem constituir-se como campos de prática para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional” (BRASIL, 1990a). Portanto, a formação profissional do enfermeiro majoritariamente precisa estar integrada com o campo do SUS.

Além disso, há discursos que acenam para uma obrigatoriedade exagerada de que é preciso humanização na saúde. Longe de discordar disso, mas a crítica que se faz se refere à instituição formadora que deixa a desejar na geração de um sentido humanizado quando se

detém quase que exclusivamente naquilo que pode ser anunciado como um fazer técnico. Na tendência em que se encontra o processo formativo vigente, o graduando é capaz de definir o que é patológico, identificar e diferenciar doenças porque conhece sinais e sintomas, a clínica, identificando esses como seu exclusivo ofício profissional. Assim, formam-se pessoas incapazes de enxergar o ser humano em sua singularidade e complexidade, reprodutoras de invisibilidades.

Por isso, quando se deseja mudar a tendência do processo formativo, compreende-se este como um componente de uma suposta agenda política e sanitária de enfrentamento e ampliação da sustentação política e social da política pública de saúde, do SUS. Enfatiza-se o papel social da universidade e da prática pedagógica como uma prática social, civilizatória, ao focar a humanização do cuidado na formação.

Para Pasche (2010, p. 67), “a humanização é uma aposta metodológica, um certo modo de fazer, lidar e intervir sobre os problemas do cotidiano do SUS”. Do mesmo modo que a humanização possui diretrizes/orientações ético-políticas com vistas a modificar a dinâmica das práticas de cuidado no trabalho, a citar a clínica ampliada, o acolhimento, a gestão democrática, entre outros, no que se referem à formação esses arranjos são necessários para modificar o modo como ela está sendo feita, pois colocam docentes e discentes em relações mais horizontais, democráticas e, então, possíveis de serem coprodutoras de novas práticas de cuidado. Com isso é preciso “humanizar a formação para humanizar o SUS” (PASCHE, 2010, p. 64).

Também, o convívio e a inserção do graduando na realidade do sujeito, que pressupõe o conhecer – pelo sentir na pele – as muitas coisas que diz o território em que a vida é produzida. Viva. A casa, o trabalho, a rua, a escola, o clube, a igreja, as relações. A formação necessita estimular momentos de resignificação da existência de si e da existência do outro, e para isso é preciso que se aprenda a mergulhar em si mesmo para ter acesso ao outro. Introspecção. Como aborda Chaves (2014, p. 334), “no estranhamento, no pensamento não disciplinado, que a aprendizagem tem sua maior potência: possibilidade de produção de singularidade no saber e no ato profissional”. Por isso, a aprendizagem é individual, mas ao mesmo tempo é uma experiência coletiva.

O contato com a coletividade produz estranhamento. No entanto, a coletividade referida aqui não abrange somente o espaço da sala de aula e sim o caráter extramuros que a universidade deve oportunizar ao graduando. Há de se destacar que, propositivamente a esse

aspecto (e a outros indiretamente), já existe um movimento de mudança no campo da educação. O Plano Nacional de Educação, Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, sinaliza uma das estratégias do ensino superior de “assegurar, no mínimo, 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de extensão universitária, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social” (BRASIL, 2014).

Acredita-se que, com essa nova aposta, a universidade intensificará o estímulo à busca por outros espaços que também possibilitam o processo de conhecer e aprender, no qual a inquietude tem o poder de transformar, sensibilizar e formar profissionais-cidadãos dotados de um saber que transcende as muralhas acadêmicas, e une, horizontalmente, o conhecimento adquirido junto às comunidades vivenciadas.

Por fim, a formação profissional do enfermeiro precisa levar em conta que o ofício da profissão também é um ato político e de relevância social. Quando questiona *o que queremos com a educação*, Maturana (2002, p. 12) aborda a construção de uma consciência de responsabilidade social na medida em que o graduando se identifica partícipe da construção do projeto de país. Para isso, a formação deve estimular uma postura política no sujeito que o torne implicado com sua categoria profissional, com o direito à saúde, com o direito à vida, com a liberdade do indivíduo, e que instigue o desejo do graduando de que, quando sair da graduação, queira atuar no sistema de saúde público. Constrói-se, assim, a consciência do graduando (e futuro profissional) de copartícipe da permanente construção e consolidação do projeto de SUS do país.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Voltar o olhar às práticas de cuidado em ato executadas por enfermeiros no contexto em que elas são realizadas possibilitou, além de conhecê-las, identificar tendências ao cuidado desejáveis e indesejáveis, que sublinham elementos propositivos para repensar a formação acadêmica do enfermeiro. É válido dizer que os resultados foram apresentados com a delicadeza de não cair na armadilha de direcionar uma falsa “culpa” – pelo modo como o cuidado é endereçado ao usuário e família – aos trabalhadores, ou aos aspectos frágeis do sistema de saúde ou, ainda, apontá-la como exclusiva da formação acadêmica.

A pesquisa desvelou que as práticas de cuidado dos enfermeiros se demonstraram inflexíveis, direcionadas ao aspecto biológico, sem contínua responsabilização, e que valores, ideias e representações sobre indivíduo e coletividade são decisivos no fazer cotidiano. No cenário da Atenção Básica, essas tendências implicam na não efetividade dos atributos que competem a esse nível de atenção na medida em que produzem efeitos negativos, como a restrição ao acesso aos serviços de saúde, ausência de vínculo e confiança entre enfermeiro e usuário, e a negação ao direito à saúde. Este modo de produzir saúde tem relação com a formação acadêmica.

Vista a formação como um componente de fortaleza no que tange à transformação das práticas de cuidado, a pesquisa articulou o pensamento complexo para discutir alguns elementos direcionadores à constituição do ser enfermeiro. Assim, a ética da compreensão humana, a compreensão da causalidade mútua e circular (inter-retroativa), a apreensão da complexidade, o princípio da incerteza, a contextualização são componentes do pensamento complexo que poderão sustentar a formação acadêmica do enfermeiro com vistas à construção de uma nova cultura de cuidado.

É válido dizer que as discussões estabelecidas não intentam a criação de projetos políticos-pedagógicos e matrizes curriculares ideais, até porque esses elementos não são os únicos e suficientes direcionadores de uma formação ideal. Contudo, os dados da pesquisa apontam para uma necessária flexibilização nas diretrizes curriculares para corrigir as lacunas que são recorrentes nas práticas de (des)cuidado. Assim, as reflexões decorrentes deste estudo sinalizam que, ao se conhecer as práticas de enfermeiros, foi possível pensar caminhos cuja formação não perca de foco a centralidade do processo no graduando, de modo a torná-lo

protagonista e desafiá-lo a ser pró-ativo na construção do ser profissional e, conseqüentemente, na construção de uma identidade com o “ser enfermeiro”.

Acredita-se que as contribuições que se estabeleceram para a formação acadêmica do enfermeiro direcionam-se para a organização de um novo jeito de formar em saúde, de modo a incidir na contínua construção das práticas de cuidado na Atenção Básica e também na efetivação do Sistema Único de Saúde, a partir do alcance de seus princípios e diretrizes. E, prioritariamente, na constituição de profissionais coletivamente comprometidos com e para este sistema e seus usuários, compreendendo cuidado como produção de vida.

Novas pesquisas com este objeto devem ser realizadas para que seja possível lapidar as melhores estratégias de formação em saúde, principalmente na formação de enfermeiros para atuarem na Atenção Básica. Como recomendações para estas futuras pesquisas sugerem-se a Atenção Básica como um cenário de diferentes saberes e práticas relacionando-os com contextos múltiplos possíveis e imaginários para a formação em saúde. Também a dimensão da complexidade das relações, da ética e da compreensão humana deve ser enfocada, pois acredita-se que só assim a formação alcançará a dimensão da integralidade, de construção de valores e de construção de práticas de cuidado sob a égide da humanização.

## REFERÊNCIAS

BACKES, V. M. S. NIETSCHE, E. A. O processo de ensinar e aprender e seus reflexos na saúde e enfermagem. In: NIETSCHE, E. A. (org). **O processo educativo na formação e na práxis dos profissionais de saúde: desafios, compromissos e utopias.** Editora da UFSM: 2009.

BILLIBIO, L. F. **Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde.** 2009. 191 f. Tese. (Programa de Pós-Graduação em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

BORDIEU, P. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação.** São Paulo: Papirus, 1997.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF 20 de set. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em 28 out 2014.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF 28 de dez. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em 27 dez 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF 20 de dez. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm)>. Acesso em 04 nov 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer nº: CNE/CES 1.133/2001.** Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União. Brasília, 03 out. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em 28 out 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Brasília, DF 25 jun 2014. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/125099097/lei-13005-14>>. Acesso em 04 nov 2014.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

CHAVES, S. E. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos no ensino da graduação em Enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 18, n. 49, abr-jun, 2014.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem**. 4 ed. Coimbra (Po): Ledil; 1999.

COSTA, R. K. S., MIRANDA, F. A. N. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS uma análise da FAEN-UERN. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.39-47, jan-mar, 2010.

DELORS, J. (org). **Educação: um tesouro a descobrir**. Brasília: UNESCO, 1998. Disponível em: <<http://ftp.infoeuropa.euroid.pt/database/000046001-000047000/000046258.pdf>> Acesso em 03 nov 2014.

\_\_\_\_\_, J. (org). **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Destaques. Brasília: UNESCO, 2010. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>> Acesso em 03 nov 2014.

FERLA, Alcindo Antônio; RAMOS, Alexandre de Souza; LEAL, Mariana Bertol; CARVALHO, Mônica Sampaio (Org.). **VER-SUS Brasil: cadernos de textos** [documento eletrônico]. Associação Brasileira da Rede Unida. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus/acervo/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil-documento-eletronico>. Acesso em 12 jan 2015.

FERREIRA, R. C., FIORINI, V. M. L., CRIVELARO, E. Formação Profissional no SUS o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.34, n.2, p.207 – 215; 2010.

FERREIRA, V. A., ACIOLI, S. O Cuidado na Prática do Enfermeiro no Campo da Atenção Primária em Saúde: produção científica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.506-9, out/dez, 2009.

FERREIRA, V. A., ACIOLI, S. Prática de Cuidado Desenvolvida por Enfermeiros na Atenção Primária em Saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p.530-5, out/dez, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 57 ed. Paz e Terra: 2014.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. 3 ed. Belo Horizonte (MG): Editora UFMG, 2002.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ: ABRASCO, 2005.

MENDES, E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MORAES, J. A, LOPES, E. M. T. A formação de profissionais de saúde em instituições de ensino superior de Divinópolis, Minas Gerais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 435-444, nov/fev, 2010.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2 ed. São Paulo: Editora Cortez: 2011.

\_\_\_\_\_. E. **A cabeça bem feita**. Repensar a reformar e reformar o pensamento. 20 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

PASHE, D. F. **Humanizar a formação para humanizar o SUS**. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília (DF): MS; 2010.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

SANTORUM, J. A. CESTARI, M. E. A Educação Popular na práxis da formação para o SUS. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2, p. 223-240, jul/out, 2011.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2006.

WERTHEIN, J., CUNHA, C. **Fundamentos da nova educação**. Brasília: UNESCO, 2000.

YIN, R. B. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## **Anexos**

# Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

São Paulo, 9 de dezembro de 2011  
CEP Nº: 1939/11

Ilmo(a) Sr(a)  
Pesquisador(a): MARIA DENISE SCHIMITH  
Disciplina/Departamento: Administração e Saúde Coletiva  
Pesquisadores associados: Maria de Lourdes Denardin Bretas, Ana Cristina Passarella Bretas (orientadora)

## Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

TÍTULO DO ESTUDO: Relações entre trabalhadores de saúde e usuários em uma unidade saúde da família: a construção da rede de atenção à saúde :

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, sem procedimento invasivo

OBJETIVO DO ESTUDO: Compreender as relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado realizadas em uma USF do município de Santa Maria, relacionando com a efetivação da continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde do SUS; Identificar a participação dos diferentes atores sociais envolvidos nos encaminhamentos dos usuários para outros pontos de atenção da RAS; Conhecer a percepção dos trabalhadores da ESF a cerca da função de coordenação do cuidado atribuído a Atenção Básica e refletir sobre o processo da formação dos profissionais de saúde no que tange a habilitação desta competência.

RESUMO: O estudo será conduzido na USF São José / RS. Os sujeitos desta pesquisa serão os trabalhadores de saúde e usuários da USF. O grupo de trabalhadores será composto por Auxiliar Administrativo, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), Auxiliar de Serviços Gerais, coordenador administrativo de USF, enfermeiras, médicos, odontóloga e técnicas de enfermagem. Ainda compõe o contexto do estudo de caso, médicos não vinculados à ESF, residentes multiprofissionais de saúde, professores e acadêmicos. A coleta de dados em estudo de caso deve seguir três princípios essenciais que são: a utilização de múltiplas fontes de evidência; a criação de um banco de dados e a manutenção de uma conexão entre estas evidências. Nesta pesquisa serão realizadas entrevistas com os trabalhadores e usuários, observação direta, buscas em documentos e em registros de sistemas de informações. As entrevistas serão feitas com todos os trabalhadores da USF e com os usuários que, durante o período da coleta de dados, receberem um encaminhamento a outro ponto da RAS de Santa Maria. Serão realizadas observações durante as práticas de cuidado na USF. Além destes encontros serão observadas também as reuniões de equipe e os encontros que a equipe participar na SMS ou em outro órgão solicitante. A documentação a ser analisada consistirá em cadernos de atas da equipe, relatórios da equipe, relatórios de gestão da SMS, agendas dos encaminhamentos, e outros documentos que se fizerem necessários.

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos do estudo. Apresentada a autorização do local onde será realizada a pesquisa

TCLE: Adequado, contemplando a resolução 196/96

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo - R\$ 835,00

CRONOGRAMA DO ESTUDO: 24 meses

PRIMEIROS RELATÓRIOS PARCIAIS PREVISTOS PARA : 03/12/2012 e 28/11/2013

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

## Anexo B - Termo de Autorização para Utilização do Banco de Dados



Ministério da Educação  
Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado



### Termo de Autorização para a Utilização de Banco de Dados

Eu, **Maria Denise Schimith**, professora doutora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), declaro para os devidos fins, que autorizo a pesquisadora Profa. Dra. **Maria de Lourdes Denardin Budó** e a mestranda **Gabriela Fávero Alberti**, o acesso aos dados do banco de dados da pesquisa "*Relações entre trabalhadores de saúde e usuários em uma Unidade Estratégia Saúde da Família: a construção da Rede de Atenção à Saúde*" para serem utilizados na pesquisa: **Práticas de Cuidado em uma Unidade Saúde da Família: contribuições para a formação de enfermeiros** que será apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Mestrado em Enfermagem, que está sob minha orientação e da Profa. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó, professora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Esta autorização está condicionada ao cumprimento por parte das pesquisadoras dos requisitos da Resolução 466/12 item III. 2-i e suas complementares, comprometendo-se as mesmas a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Santa Maria, dezembro de 2013.

A handwritten signature in black ink that reads "Maria Denise Schimith".

---

Profa. Dra. Maria Denise Schimith