



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CAROLINA PEDROZA DE CARVALHO GARCIA

**APRENDENDO A ATUAR EM ATENÇÃO BÁSICA
DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO CURRICULAR
EM ENFERMAGEM**

Salvador
2009

CAROLINA PEDROZA DE CARVALHO GARCIA

**APRENDENDO A ATUAR EM ATENÇÃO BÁSICA
DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO CURRICULAR
EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na área de concentração Administração dos Serviços de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Norma Carapiá Fagundes.

Salvador
2009

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de
Enfermagem: SIBIUFBa - EENFUFBA

Garcia, Carolina Pedroza de Carvalho

G216a Aprendendo a atuar em atenção básica de saúde: contribuições do estágio curricular em Enfermagem / Carolina Pedroza de Carvalho Garcia – Salvador, 2009.

104 f. il.

Orientadora: Profª Drª Norma Carapiá Fagundes
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2009.

1. Enfermagem – Estudo e ensino. 2. Estágios supervisionados.
3. Cuidados primários de saúde. I. Fagundes, Norma Carapiá.
- II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083:37

CAROLINA PEDROZA DE CARVALHO GARCIA

**APRENDENDO A ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO CURRICULAR EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre na área de concentração em Administração dos Serviços de Enfermagem.

Aprovada em 18 de fevereiro de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Norma Carapiá Fagundes Norma C. Fagundes
Doutora em Educação e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Prof.^a Dr.^a Maria Roseli Gomes Brito de Sá Maria Roseli G. B. de Sá
Doutora em Educação e Professora da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia

Prof.^a Dr.^a Heloniza Oliveira Gonçalves Costa Heloniza O. G. Costa
Doutora em Administração e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Prof.^a Dr.^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho Edméia de A. C. Coelho
Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

*Aos meus pais, Carlos Alberto e Valdelice,
pelos sacrifícios e empenho em prol/favor do meu
crescimento pessoal e profissional.*

*Ao meu companheiro, Márcio Garcia,
pela confiança, incentivo
e amor dedicados a mim.*

*A Norma, pelas trocas, atenção e respeito e
aprendizado da difícil e preciosa
arte de escrever.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e Guias espirituais, pela força, coragem, paz e iluminação no caminhar da vida.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Norma Carapiá Fagundes, pela firme orientação, pela competência e pela constância do apoio.

À minha irmã Carla, pelo apoio incondicional e principalmente pela transcrição dos dados coletados nesta pesquisa.

Aos meus sogros Antonia e Agenor Garcia, pelo exemplo de luta social e dedicação ao trabalho e aos estudos.

Às estudantes de enfermagem participantes da pesquisa, cuja colaboração permitiu realizar esta pesquisa, um desafio enriquecedor.

Às amigas sempre presentes: Juliana Amaral, Vinha, Kéu, Tina, Simone Cardoso, Valdicele Moraes, Ana Shirley Maranhão, Daiane Burgos, Glícia Gama, pelo carinho, confiança e respeito.

Às professoras da EEUFBA, principalmente Mirian Paiva, Cristina Melo, Heloniza Costa e professores da FAGED da UFBA, Maria Roseli Gomes Brito de Sá e Roberto Sidinei Macedo, pelo exemplo de comprometimento com a produção do conhecimento em saúde e com o ensino público.

Ao Grupo GERIR, em especial Anderson e Denise Diniz, pelas discussões, colaborações e aprendizado em pesquisa.

Aos colegas do mestrado, pela convivência harmoniosa, alegre e solidária durante o curso.

Às colegas da pesquisa da FAPESB, Soninha, Isabela Ayres, pelas discussões sobre o estágio curricular que muito contribuíram para as reflexões presentes neste estudo.

Aos familiares, tias e tios, primos e primas, cunhada e cunhado, afilhados e afilhada, comadres e compadres, pelo carinho e torcida.

*A força da alienação vem dessa fragilidade dos indivíduos,
quando apenas conseguem identificar o que
os separa e não o que os une*
Milton Santos (1996)

GARCIA, Carolina Pedroza de Carvalho. Aprendendo a Atuar em Atenção Básica de Saúde: Contribuições do Estágio Curricular em Enfermagem, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Orientadora: Prof.^a Dr.^a Norma Carapiá Fagundes.

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo geral compreender o que expressam as aprendizagens (re)construídas pelas estudantes de enfermagem, a partir das experiências vividas no estágio curricular na atenção básica no curso de graduação. Analisa-se de que forma o estágio curricular na atenção básica, enquanto espaço de aprendizagem, contribui para a formação profissional e pessoal das estudantes para a atuação neste âmbito da atenção. Esta análise toma como base crítica a constatação de que apesar da pontencialidade formativa do estágio curricular, uma vez que possibilita uma integração efetiva entre o mundo do trabalho e o mundo da escola, sua organização e desenvolvimento encontram-se dissociados dos demais componentes curriculares do curso de graduação em enfermagem, na concepção das estudantes, participantes da pesquisa. O estudo apresenta como objetivos: geral - compreender o que expressam as aprendizagens referidas pelos estudantes como (re)construídas no estágio curricular em espaços da atenção básica à saúde e específicos: a) caracterizar as aprendizagens referidas pelos estudantes e b) analisar estas aprendizagens. Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza analítica, com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 14 estudantes do curso de graduação em enfermagem que realizavam estágio curricular na atenção básica à saúde de 02 IES públicas da cidade de Salvador. Os dados produzidos no trabalho de campo foram coletados através de grupos focais e análise documental e analisados através da técnica de análise temática, que originou duas unidades temáticas: a) as aprendizagens (re)construídas pelas estudantes no estágio curricular em rede básica b) os limites do estágio curricular para a formação da enfermeira na atenção básica à saúde. A pesquisa demonstrou que o estágio curricular na atenção básica proporcionou às estudantes de enfermagem aprendizagens significativas para a formação profissional, tais como: compreensão da complexidade do trabalho da enfermeira neste âmbito da atenção, aperfeiçoamento do conhecimento clínico e da educação em saúde, capacidade de tomar decisões, identificar conflitos, compreender as relações de poder na equipe de saúde e exercitar a autonomia. A análise evidenciou também alguns limites do estágio curricular relacionados à visão limitada das estudantes sobre a própria concepção da atenção básica de saúde, a (des) integração ensino-serviço, poucas oportunidades de praticar o trabalho multiprofissional e intersetorial e ações de educação permanente e vigilância à saúde. O estudo pontua o desafio das instituições formadoras na área de saúde e instituições de saúde de construir vínculos mais consolidados, a partir da problematização das realidades, do estabelecimento de compromissos sociais e éticos e do compartilhamento de projetos comuns.

Palavras-Chave: Estágio curricular. Atenção básica à saúde. Aprendizagens. Enfermagem.

GARCIA, Carolina Pedroza de Carvalho. Learning to Act in Health Basic Care: Contribution of Curricular Training in Nursing, 2009. Master Thesis in Nursing. Federal University of Bahia. Advisor: Prof. Dr. Norma Carapiá Fagundes.

ABSTRACT

The main goal of this research is to understand the learning (re)constructed by nursing students from their experiences in the curricular training in basic health care of the graduation course. It's analysed how this training, as an area of learning, contributes to the students professional and personal formation in this context of attention. The analysis is critically based on the fact that, despite the curricular training potential formation, since it enables an effective integration among the school and work spaces, its organization and development are disconnected from the other curricular components of the graduation course in nursing, in the students point of view. The study general objectives - to understand what the learning expressed by students such as (re) constructed in the curricular areas of primary health and specific are: a) characterize the learning referred by the students; b) analyse these learning. This is an exploratory research with an analytical nature and a qualitative approach. It has met 14 nursering graduation students who are in a curricular basic health care training in 02 public IES at Salvador. Data produced by fieldwork have been collected by focal groups and documental analysis – they were analysed by thematic analysis technique and has produced two thematic units: a) the learning (re)constructed by the students in the basic net curricular training and b) the curricular training limits for the nurse formation in basic health care. The research has shown that the curricular training in basic care provided to nursing students significant learning for their professional formation, such as: understanding of the work complexity in the context of care, improve the clinical knowledge and health education, improve the ability to take decisions, identifying conflicts, understand the power relations in health team and exercise of autonomy. The analysis revealed also some limits of the curricular training related to limited student vision on the very concept of basic care of health, (des)integration teaching-service, few opportunities to practice multiprofessional work and intersectoral and actions of continuing education and health surveillance. The study briefly outlines the challenge of educational institutions and health institutions to build links more consolidated, from the problematization of the realities, to establish social and ethical commitments and sharing common projects.

Keywords: Curricular training. Basic health care. Learnings. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CFE	Conselho Federal de Educação
CNE/CES	Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DS	Distrito Sanitário
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
FJA	Faculdade Jorge Amado
GERIR	Núcleo de pesquisa em política, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPLS	Planejamento e Programação Local de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	20
2.1	ESTÁGIO CURRIGULAR NO CURRÍCULO DO CURSO DE GRADUÇÃO EM ENFERMAGEM	20
2.2	FORMAÇÃO EM SITUAÇÃO DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM.....	23
2.3	APRENDIZAGEM NO TRABALHO EM SAÚDE	26
2.4	DESENHO DA PESQUISA.....	29
2.4.1	Tipo do Estudo	29
2.4.2	Lócus do Estudo	30
2.4.3	Participantes da Pesquisa	31
2.4.4	Procedimentos	31
2.4.5	Plano da Análise.....	32
2.4.6	Princípios Éticos da Pesquisa.....	34
3	APRENDIZAGENS (RE)CONSTRUÍDAS PELAS ESTUDANTES NO ESTÁGIO CURRICULAR EM REDE BÁSICA	35
3.1	APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	38
3.2	APRENDIZAGENS RELACIONAIS E AFETIVAS LIGADAS AO DESENVOLVIMENTO PESSOAL	52
4	LIMITES DO ESTÁGIO CURRICULAR PARA A FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICES	87
	ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

Este estudo busca compreender o que expressam as aprendizagens (re)construídas pelas estudantes de enfermagem, a partir das experiências vividas no desenvolvimento do estágio curricular na atenção básica do curso de graduação. Analisa-se de que forma o estágio curricular na atenção básica, enquanto espaço de aprendizagem, contribui para a formação profissional e pessoal das estudantes para a atuação neste âmbito da atenção.

Esta análise toma como base crítica a constatação de que apesar da pontencialidade formativa do estágio curricular, uma vez que possibilita uma integração efetiva entre o mundo do trabalho e o mundo da escola, sua organização e seu desenvolvimento encontram-se dissociados dos demais componentes curriculares do curso de graduação em enfermagem, na concepção de todos os sujeitos envolvidos estudantes, professores e profissionais de saúde (HIGARASHI, 2003; ITO, 2005; KOECHE, 2006; SILVA, 2006).

O estágio curricular faz parte da história recente dos cursos de graduação em enfermagem. São componentes curriculares obrigatórios, cujo processo de ensino-aprendizagem fundamenta-se na experiência prática do exercício profissional, ocorrendo nos dois últimos semestres do curso de enfermagem, em instituições públicas ou privadas, sob a responsabilidade e coordenação da instituição de ensino, conforme recomenda o Decreto N. 87.497, de 18/08/1982, que regulamenta a Lei N. 6.494 de 07/12/1977. Estas legislações regulamentam os estágios curriculares para todos os cursos de graduação.

Especificamente para os cursos de graduação em enfermagem, a regulação do estágio curricular, só ocorreu em 1994 com o Parecer 314/94 do Conselho Federal de Educação que, ao ser aprovado pelo Ministério da Educação, constituiu a Portaria 1.721/94 de 15/ 12/1994. Esta Portaria regulamenta o novo currículo mínimo dos cursos, incluindo os estágios curriculares. O texto deste documento traz que:

No currículo mínimo, além das atividades teóricas (aulas, seminários e outros estudos da mesma natureza), o currículo deverá abranger o ensino prático comumente adotado pelas escolas (laboratórios, ensino-clínico nas diversas áreas da assistência e dos serviços de saúde hospitalar, da rede básica) e, pelo menos dois semestres letivos de estágio curricular supervisionado a ser programado, acompanhado e avaliado pela escola e pelos enfermeiros dos serviços de saúde, onde se realizarão tais estágios.

Segundo Backes (1999), de acordo com esta legislação, o estágio curricular supervisionado difere dos estágios que são desenvolvidos como complementares às disciplinas teóricas nos semestres anteriores. Conforme a autora, os estágios dessas disciplinas funcionam como aulas práticas, ao passo que o estágio curricular, vai além, pois deseja oportunizar a (ao) estudantes (o), uma experiência pré-profissional, ou seja, da (o) estudantes (o) vivenciar o desempenho das atividades profissionais, com a orientação da professora e supervisão da enfermeira assistencial, em uma realidade histórica e concreta de trabalho em saúde.

Assim, aula prática, como denomina Backes (1999), consiste em um recorte específico da prática profissional para satisfazer o exercício de uma determinada disciplina, podendo acontecer em um espaço dito “ideal”, de laboratórios ou nos próprios serviços de saúde. Este tipo de prática, como aponta Araújo (1998), leva a professora a fazer um recorte na realidade para a demonstração de uma determinada técnica. A professora e suas (seus) estudantes (as) assumem um setor ou certo número de pacientes e pouco interagem com os profissionais do serviço. Como esse tipo de prática sempre teve muita ênfase nos currículos dos cursos de enfermagem, o estágio curricular surge como a possibilidade de uma prática mais global, menos fragmentada, mais próxima da atuação profissional. O estágio curricular é, então, desde a sua criação, o espaço, no processo de formação, considerado como privilegiado, de inserção da (o) estudantes (o) na realidade profissional da enfermagem.

Em 2001, o Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, através da Resolução CNE/CES nº 3. Estas diretrizes visam atender aos desígnios da nova lei das Diretrizes e Bases da Educação, n.º 9.394 de 20/12/1996 e também acolher as indicações sobre as mudanças necessárias na formação da (o) enfermeira (o), articuladas ao processo de discussão provocada, principalmente, pela Associação Brasileira de Enfermagem.

Com a inserção dos estágios curriculares nos currículos de enfermagem em 1994, o tema passa progressivamente a ser estudado, como se pode observar na pesquisa bibliográfica realizada para a elaboração dessa pesquisa, onde se verificou que a maioria dos estudos aborda aspectos relacionados às diferentes concepções sobre o estágio curricular e suas implicações na formação profissional da enfermeira.

De um modo geral, os estudos voltados para o ensino de enfermagem e a formação profissional da enfermeira como de Valsecchi (1999), Savary (1999), Bousso et. al (2000), Valsecchi & Nogueira (2002), Prado (2006), destacaram a relevância dos estágios curriculares na formação, como espaços de exercício da prática, da autonomia e da interação ensino-serviço.

Para Rua (2005), o estágio curricular possibilita o desenvolvimento de competências em um contexto de aprendizagem que favorece o contato com a prática, na sua previsibilidade e imprevisibilidade, a mobilização integrada e contextualizada, de diferentes saberes, selecionados em função da sua pertinência e a caminhada para a identidade profissional.

Outros estudos identificados na literatura que tratam de questões relacionadas com o estágio curricular em enfermagem foram: Amantéa (2004) que estudou as competências dos docentes no estágio curricular e Backes (1999), Santos (1999), Antunes (2001), Higarashi (2003), Ito (2005), Koeche (2006), Silva (2006), que estudaram a percepção dos atores, estudantes, profissionais e docentes de enfermagem, em relação à contribuição dos estágios, como espaço de aprendizagem para a formação profissional. Percebe-se que apesar do pouco tempo de implantação do estágio curricular nos cursos de graduação em enfermagem, este tem sido objeto de preocupação de vários estudos, mas como aponta a própria literatura revisada e nossa vivência profissional, muitos aspectos relacionados a esse tema ainda necessitam maior exploração pela pesquisa científica, entre eles os das aprendizagens que os estágios efetivamente têm proporcionado.

Na nossa vivência, a preocupação com a formação das enfermeiras, data do período em que era estudante da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), onde, como representante do diretório acadêmico, sempre estive envolvida em eventos cuja pauta era a discussão do currículo. Já neste momento, me questionava sobre a falta de integração entre as disciplinas, entre a universidade e os serviços de saúde, tendo como consequência um ensino muito fragmentado, descontextualizado e pouco comprometido com as necessidades dos usuários e com a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

A experiência de dois anos como professora substituta do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), participando das disciplinas Educação em Saúde e Estágio Curricular em Rede Básica; bem como a minha atuação como coordenadora adjunta do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Jorge Amado (FJA) durante quatro anos e a minha participação no grupo GERIR¹ contribuíram para o aprofundamento das questões acima colocadas e para trazer mais inquietações e indagações em relação à formação das enfermeiras, tais como: Que profissional estamos formando? A necessidade de formar enfermeiras comprometidas com o SUS e com os problemas de saúde

¹ Núcleo de pesquisa em política, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva da Escola de Enfermagem-UFBA (EEUFBA), que tem entre suas linhas de pesquisa — a educação, trabalho e prática em saúde e enfermagem.

da população usuária é tomada como referência para o estágio? Que aprendizagens o estágio curricular tem contribuído para (re) construir?

Estes questionamentos e inquietações me estimularam a desenvolver este estudo, que tem como objeto as aprendizagens referidas pelos estudantes como (re)construídas no estágio curricular em rede básica. O recorte da análise no estágio curricular em rede básica deve-se à revalorização e ampliação da atuação da enfermeira nesse âmbito da atenção, proporcionada por políticas e estratégias do Ministério da Saúde, sobretudo o Programa de Saúde da Família, bem como à ênfase que as ações de promoção e prevenção vêm adquirindo em diversas partes do mundo com a crise do modelo curativo e hospitalocêntrico de atenção à saúde. A escolha deve-se também, ao fato da atenção básica ser minha área de especialização e de atuação profissional.

No contexto de reorganização da atenção básica, a enfermeira vem, progressivamente, assumindo inúmeras responsabilidades, como se pode observar no texto da Portaria nº 648/GM/2006 que regula a prática de enfermeiras neste âmbito da atenção dentro de uma prerrogativa legalmente constituída pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987: assistir e compreender a família nos diferentes ciclos da vida na unidade de saúde e no domicílio, trabalhar em equipe multiprofissional, gerenciar serviços de saúde, coordenar programas de saúde (atenção a portadores de doenças crônicas, pré-natal, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, planejamento familiar, saúde mental, entre outros), de educação em saúde, de prevenção de danos e promoção de saúde, entre outras (BRASIL, 2006).

De acordo com a Política de Atenção Básica, as atribuições da enfermeira no programa de saúde da família são: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, 2006)

Autores como Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996) e Merhy (1997), apontam para a especificidade tecnológica do trabalho em saúde na atenção básica, como um importante processo de produzir saúde, pois é nesse espaço onde há possibilidade mais efetiva da promoção da autonomia do cuidado em saúde, visto que essa modalidade de serviço está menos aprisionada ao trabalho médico restrito.

Esta nova visão da atenção básica de saúde e a assunção de novas responsabilidades na atuação profissional da enfermeira nesse âmbito da atenção de saúde, trazem necessidades de profundas mudanças nos processos formativos, conforme explicita as DCN (2001):

A formação do Enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (§ único, art. 5).

Trazem também a necessidade de mudanças na forma de produzir o cuidado de enfermagem, que por sua vez vai demandar o aprendizado por parte das enfermeiras do significado desse novo projeto de cuidado.

Sobre esse contexto de mudanças, Liberalino (2006), coloca:

As mudanças necessárias no modelo de atenção à saúde, na organização das práticas a partir dos princípios da integralidade, da acessibilidade, da universalidade e da resolutividade, requer muitas mudanças na forma de praticar e pensar a saúde no Brasil. Entre essas mudanças está a redefinição não só das práticas, mas também dos referenciais com cada profissão tradicionalmente trabalha.

A autora complementa, chamando atenção da necessidade de repensar a formação dos profissionais de saúde, no sentido de se rever:

O saber que é necessário para a atenção integral, posto que é esse horizonte que torna possível a redefinição das competências, limites e possibilidades de cada categoria dentro de um processo mais amplo.

Uma das formas de (re)construir este saber, portanto, essas aprendizagens, é no cotidiano do trabalho em saúde, a partir dos problemas da realidade, das vivências da prática. Desta forma, a diversificação de aprendizagens desenvolvidas nos estágios curriculares é fundamental na formação dos profissionais de saúde, uma vez que as mesmas apresentam diferentes tipos de complexidade, exigem a integração entre os profissionais de saúde e destes

com os usuários, bem como de distintas áreas de saber e a mobilização de diversas tecnologias. É nesse ambiente que novos pactos são firmados e as fronteiras entre as profissões são constantemente postas em questão.

Esse contexto exige uma ampliação da concepção da aprendizagem, que segundo Fróes Burnham (2000), passa a ser considerada como um processo de ligação entre o indivíduo e o mundo em que vive, garantindo-lhe a construção de seus próprios sentidos e sentidos, em múltiplos âmbitos, a partir de suas próprias leituras de mundo, de suas interações sócio-culturais e também da informação e do conhecimento acumulado e disponível na sociedade.

Para Freire (1999), aprender é construir, reconstruir, constatar para intervir e mudar, ou seja, algo muito mais rico do que mera repetição de conteúdos dados. Desta forma, os estágios curriculares são espaços de situações reais de trabalho que possibilitam o estudante, não apenas adaptar-se à realidade, mas, sobretudo, transformar, para nela intervir e recriar.

Assim, os estágios curriculares podem ser considerados espaços multireferenciais de aprendizagem entendendo estes espaços como *loci* sócio-culturais, onde as interações se processam no sentido da construção de indivíduos e coletivos sociais – que têm na produção material e imaterial lastros para tecer a autoria de suas produções e têm autonomia coletiva para compreender o significado de sua participação na construção social de si mesmo, do conhecimento e da sociedade (FRÓES BURNHAM, 2000).

Os estudantes, enquanto atores sociais dos estágios curriculares devem expressar suas experiências neste processo de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, a partir da interação entre o mundo individual e o mundo social, a fim de que o estudante torne-se sujeito crítico, curioso e que construa o conhecimento a partir da reflexão da realidade. Assim, no planejamento e desenvolvimento dos estágios é necessária à construção de espaços de expressão, reflexão das experiências para avaliação e auto-avaliação das aprendizagens desenvolvidas.

Em sua pesquisa para compreender como se organiza o universo da aprendizagem entre jovens de escolas profissionais, Charlot (2001) encontrou que para estes jovens, aprender significa, antes de tudo, o desenvolvimento das relações com os outros, ser capaz de “se virar num mundo”, compreender a vida e as pessoas, tornar-se “alguém” e quando necessário, saber se defender. Compreende-se que isto passa pela aprendizagem nas relações interpessoais mais do que apropriar-se de seus conhecimentos escolares ou mesmo de seus conhecimentos e habilidades específicas da profissão.

Reafirma Fagundes (2003), em sua tese, onde apresenta que o universo das aprendizagens evocadas pelos estudantes da área de saúde está permeado por questões da interação entre as pessoas. Aprender é, antes de tudo, desenvolver relações com o outro, é ser capaz de “se situar” no *métier* da sua futura profissão.

Ainda neste estudo, Fagundes (2003) traz que na avaliação dos estudantes, o estágio curricular contribuiria muito mais para a formação do enfermeiro se não fosse essa, a primeira oportunidade assumida, formalmente pela escola, de uma atuação mais efetiva em uma situação real de trabalho profissional.

Para a autora, na percepção dos estudantes, a principal dificuldade em relação ao estágio consiste nas práticas fragmentadas, nas várias disciplinas que compõem os semestres anteriores ao estágio, que não permitem uma visão global, do que seja o processo de trabalho em saúde/enfermagem.

No estudo sobre as reflexões dos estudantes formandos sobre o curso de graduação em enfermagem, Sousa & Lima (2006) colocam que na percepção dos estudantes, existem lacunas importantes no currículo de graduação, tais como: falta de embasamento clínico para o cuidado de enfermagem, despreparo para o trabalho em equipe, falta de preparo para o gerenciamento do trabalho de enfermagem e falta de preparo dos preceptores e das professoras para condução dos estágios curriculares.

Diante do exposto, é de grande relevância compreender o que expressam as aprendizagens referidas pelos estudantes; o que estas expressões podem indicar em relação à compreensão de quais são as ênfases privilegiadas nos estágios e os silêncios em relação a elementos significativos da atuação da enfermeira na atenção básica, bem como subsidiar novos processos de mudança na formação profissional para o SUS.

Desta forma, esta pesquisa tem como questão norteadora: O que expressam as aprendizagens referidas pelos estudantes como (re)construídas no estágio curricular em espaços da atenção básica à saúde?

Tomando como base a questão acima, os objetivos do estudo são:

Geral:

- Compreender o que expressam as aprendizagens referidas pelos estudantes como (re)construídas no estágio curricular em espaços da atenção básica à saúde.

Específicos:

- Caracterizar as aprendizagens referidas pelos estudantes;
- Analisar estas aprendizagens.

Para amadurecimento da questão e objetivos do estudo, a participação na pesquisa sobre a construção de instrumentos de avaliação dos estágios curriculares na rede SUS – Bahia no Grupo GERIR foi fundamental para reflexão sobre o papel dos estágios curriculares na formação profissional na graduação de enfermagem. Neste espaço eram discutidas as relações do estágio entre as situações (momentos) reais de trabalho, as necessidades de aprendizagem para a formação, o currículo e a compreensão dos estudantes, profissionais de saúde e professores.

A construção teórico-metodológica e o processo de análise e discussão do material de campo que compõem a dissertação originaram, inicialmente, as bases teórico-metodológicas da pesquisa, abordando a inserção do estágio curricular no currículo do curso de graduação em enfermagem, a formação em situações de trabalho, a aprendizagem no trabalho em saúde e o desenho da pesquisa.

Em seguida é apresentado as aprendizagens (re)construídas pelas estudantes de enfermagem no estágio curricular em rede básica. Inicialmente, traz, na primeira parte, a discussão sobre as mudanças no campo da atenção básica no âmbito do SUS e os novos desafios para a atuação e formação dos profissionais de saúde. Em seguida, são apresentadas as principais aprendizagens referidas pelas estudantes, classificadas em aprendizagens profissionais (a complexidade da atuação da enfermeira na atenção básica; a clínica nos programas da atenção básica; conhecer a realidade para planejar; necessidade de tomar decisões, negociar e entender os conflitos; exercer autonomia e educar em saúde) e aprendizagens relacionais e afetivas ligadas ao desenvolvimento pessoal (entender a diversidade no contexto de trabalho; escutar; ser solidária; entender as relações de poder para atuar e desenvolver atitudes de articulação). Nesse item, são reforçadas as potencialidades do estágio curricular, na sua configuração atual, para a formação da enfermeira na atenção básica à saúde.

Posteriormente são apresentados os limites do estágio curricular para a formação da enfermeira na atenção básica à saúde. Discute primeiramente, os processos formativos na área de saúde e suas mudanças, principalmente no campo da atenção básica e posteriormente, aborda dois temas como limites apontados pelas estudantes, fundamentais para a implementação da política de atenção básica, que são: desarticulação do trabalho em equipe multiprofissional e das ações gerenciais. Discute-se ainda, algumas questões relacionadas à formação neste âmbito da atenção, que foram silenciadas nos discursos das estudantes, são elas: ações de vigilância à saúde, ações intersetoriais, ações de educação permanente em saúde e ações de controle social.

Por fim, nas considerações finais são abordadas as reflexões sobre a pesquisa no que tange as aprendizagens (re)construídas pelas estudantes, a partir das experiências vividas no estágio curricular na atenção básica à saúde e os limites destas experiências para a formação profissional, bem como apresenta algumas sugestões que possam contribuir para a discussão sobre a organização do estágio curricular tanto nos currículos, como nos espaços formativos fora da universidade, os serviços de saúde, em uma perspectiva de compromisso com uma formação para a consolidação do SUS.

A construção desta pesquisa significou a elaboração de um trabalho complexo devido à análise dos discursos das estudantes sobre as experiências vivenciadas durante o estágio curricular em rede básica. Esta construção proporcionou muita satisfação, uma vez que tive a oportunidade, ao estudar as aprendizagens, de compreender o processo de aprender no cotidiano do trabalho e no campo da formação profissional. Espero ainda, que esta pesquisa possa contribuir para a reconstrução de propostas dos estágios curriculares mais integrados aos currículos de graduação e de maior interação ensino-serviço.

2 BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Este item apresenta a construção teórico-metodológica da pesquisa, a partir da discussão sobre a inserção do estágio curricular no currículo do curso de graduação em enfermagem, a formação em situações de trabalho, a aprendizagem no trabalho em saúde e o desenho da pesquisa.

2.1 ESTÁGIO CURRICULAR NO CURRÍCULO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

As transformações e inovações nos processos de formação em saúde, impulsionadas pelas diretrizes legais da educação e em consonância com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), têm provocado uma constante inquietude com relação à formação do profissional de enfermagem, estimulando as experiências curriculares, nas quais evidenciam-se possibilidades de intervenção na realidade através de uma leitura crítico-reflexiva da vida profissional. Ao longo da formação, uma destas experiências encontra o espaço significativo do estágio curricular, tendo em vista a ênfase na promoção da interdisciplinaridade e de uma melhor articulação entre teoria e prática, bem como a integração entre trabalho e escola (KOECHER, 2006). Desta forma, este item aborda o resgate histórico da implantação dos estágios curriculares no currículo do curso de graduação em enfermagem, bem como a fundamentação legal.

Desde 1923, quando foi criada a Escola Anna Nery, a primeira Escola de Enfermagem no Brasil, no Rio de Janeiro, até 1949, o currículo vigente era o mesmo da implantação da Escola, direcionado para a formação da enfermeira para atuar na área da saúde pública, seguindo os modelos assistenciais americanos, todavia em um contexto epidemiológico brasileiro, de endemias. O foco dos currículos formativos das escolas americanas de enfermagem era predominantemente hospitalar, como consequência do desenvolvimento da medicina, do hospital, da tecnologia e das mudanças econômicas e políticas ocorridas naquele período. Assim, esta situação representava um contra-senso, visto que a educação era voltada para compreender técnicas e valores sociais importados dos

Estados Unidos, enquanto a realidade do trabalho em saúde requeria outras intervenções da categoria profissional (LIMA, 1993).

Lima (1994) coloca que vários problemas e deficiências da prática de enfermagem vieram ocorrendo ao longo dos anos, requerendo novas alternativas para a prática profissional e, por conseguinte, acarretando a necessidade de novos direcionamentos para o ensino.

Somente em 1949 ocorre a primeira modificação do currículo das escolas de enfermagem, embora ainda moldado ao currículo das escolas americanas. A década de 50 é marcada por movimentos das escolas de enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem ABEn (lista), voltados para a necessidade de uma legislação que regulamentasse o exercício profissional, a partir da qual, a enfermagem conquistou características de profissão estruturada e definitivamente firmada como profissão de nível universitário, desde 1961, integrado ao sistema geral de ensino no país, a partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional LDB (lista). Neste mesmo ano, foi publicado o parecer 271/61 do Conselho Federal de Educação CFE (lista), aprovando o currículo mínimo dos cursos de enfermagem com duração mínima de três anos e introduzindo as especializações no quarto ano (CARVALHO, 1972).

Em 1970, no Seminário Nacional sobre Currículo do Curso de Enfermagem constatou-se que o currículo vigente não preparava as enfermeiras para o desempenho eficiente das funções impostas pelos serviços de saúde, sendo, portanto, desvinculado da realidade e não atendendo às demandas do mercado de trabalho. Fruto do movimento iniciado pela ABEn e das Escolas de Enfermagem, em 1972 foi aprovado o Parecer 163/72 do CFE, fixando um novo currículo mínimo, com um ciclo básico e um ciclo profissional comum, oferecendo à enfermeira a possibilidade de três habilitações (enfermagem obstétrica, enfermagem de saúde pública e enfermagem médico-cirúrgica) após concluído o tronco comum (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1970).

Durante a década de 80, com o fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária pela constituição do SUS (lista), os movimentos nas Escolas de Enfermagem se mantinham com vigor, com o propósito de modificar o currículo aprovado em 1972 e propor novos currículos mínimos. Mais uma vez, a ABEn teve importante papel nesta questão, que contou com a participação de professores, estudantes e enfermeiros dos serviços de saúde e das entidades de classe. Em virtude das modificações no panorama da saúde, nesta década, as discussões nas Escolas de Enfermagem e ABEn apontavam para a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde, visto que o currículo aprovado em 1972 estava

desvinculado da realidade sanitária do país, com enfoque na assistência hospitalar individual, centrada em especializações.

Uma questão levantada nas discussões de mudança na formação era a necessidade de inserir o estudante no contexto real do exercício profissional da enfermagem e dos serviços de saúde. Assim, com o objetivo de aproximar o estudante do mundo do trabalho em saúde, estabeleceram-se estágios curriculares supervisionados em hospitais, ambulatórios e rede básica de serviço de saúde no novo currículo mínimo para o Curso de Graduação em Enfermagem, aprovado pelo Conselho Federal de Educação e publicado na Portaria n.º 1.721 de 15 de dezembro de 1994 (BRASIL, 1994). O conteúdo mínimo deste currículo abrange cinco áreas temáticas, incluindo matérias e disciplinas das ciências biológicas e humanas de forma equilibrada, com atividades práticas: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem; Ciências Biológicas; Ciências Humanas; Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Administração em enfermagem.

Em 1996, foi promulgada a LDB/96 (Lista), que desencadeou, no seu artigo 53, inciso II, a elaboração das diretrizes curriculares nacionais DCN (lista) para os cursos de graduação, as quais geraram mudanças na organização curricular e no processo de ensino-aprendizagem dos cursos universitários. Segundo a DCN, o estágio curricular deve acontecer no último ano da graduação para o qual deve ser destinado um percentual não inferior a 20% da carga horária do curso, podendo gerar uma produção escrita em formato de relatório de estágio. Tal legislação inclui competências para a interação multiprofissional, tendo em vista a promoção da saúde de indivíduos e comunidade como atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente, as quais devem ser contempladas nos projetos políticos pedagógicos dos cursos (DCN, 2001).

Atualmente, os estágios curriculares supervisionados são implantados conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Nº. 9.394/1996, das Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem – Resolução Nº. 3/2001 e da lei n.º 11.788 de 25 de setembro de 2008, sob a supervisão direta do profissional de saúde do serviço, parceiro da IES (lista), e indireta do professor, de diferentes formas de organização e implementação (DCN, 2001 & BRASIL, 2008).

2.2 FORMAÇÃO EM SITUAÇÃO DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Nesta subseção serão discutidos os conceitos de formação e situação de trabalho em saúde, com o objetivo de apresentar a relação existente entre as duas áreas, visto que o estágio curricular é um momento do processo formativo dos profissionais de saúde que acontece nos contextos dos serviços de saúde, sob a responsabilidade das instituições de ensino e saúde.

Na década de 70, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves inicia os estudos no campo do trabalho em saúde como um território de práticas e saberes que se constitui na articulação entre um agir produtivo tecnológico, material e não material, e o mundo das necessidades de saúde, objeto da sua prática. Este universo implica no entendimento de que a conformação das tecnologias se dá no terreno de construção dos saberes e fazeres em saúde, expressos pelos: equipamentos/máquinas; conhecimentos implicados com a ação produtiva e os processos relacionais em ato; produtores do cuidado (MERHY, 1997).

Na década de 90 do século XX, autores como Emerson Elias Merhy (1994), Lília Blima Schraiber (1996) e José Ricardo Ayres (1999) desenvolveram estudos sobre a micropolítica do trabalho vivo em saúde e os processos relacionais entre o mundo tecnológico e o das necessidades dos usuários. Nos anos 2000 há instigamento no fluxo do debate sobre a formação profissional na saúde (sempre presente em todos os cenários de discussão sobre o campo da saúde), de considerar a articulação entre as investigações da micropolítica do trabalho vivo na produção do cuidado e o campo da educação, expressa nas imagens da educação permanente em saúde e no reconhecimento do mundo do trabalho como uma escola. E o mundo do trabalho reconhecido como escola não somente para os trabalhadores da saúde, mas como a melhor escola também para os futuros trabalhadores – porque a compreensão sobre a natureza do trabalho em saúde e as tecnologias envolvidas em sua produção desafia a maneira de pensar a aprendizagem e a produção de conhecimento na área da saúde. Por outro lado, a micropolítica oferece novas possibilidades de compreensão sobre o complexo processo de transversalidades e atravessamentos no interior das instituições de ensino e dos serviços de saúde na conformação dos modos de educar/formar e trabalhar/cuidar em saúde. Assim, fazem-se necessárias novas maneiras de produzir conhecimento e pensar sobre a educação e o trabalho em saúde, reconhecendo novos atores, novos papéis, novas referências (MERHY, 2004).

Para Canário (1997), a questão da articulação entre formação e os contextos de trabalho representa, hoje, uma problemática central na formação de adultos. Esta articulação é um tema relevante, justificado por três ordens: expansão quantitativa e uma difusão das

práticas de formação profissional; construção de novas maneiras de pensar e agir no campo da formação profissional contínua estreitamente associada a novas maneiras de organizar os processos de trabalho e o fator humano na vida das organizações de trabalho (capacidades individuais, coletivas e culturais).

Segundo Santos (1997), esta articulação entre o campo da formação e do trabalho apresenta uma relativa autonomia e dicotomia, que começou com a existência de dois mundos com pouca ou nenhuma comunicação entre si: o mundo ilustrado e o mundo do trabalho.

Young (2000, p. 91) reforça a afirmativa acima, quando traz que:

A separação entre as matérias acadêmicas e o saber relacionado ao trabalho baseia-se em duas premissas: as primeiras representam as metas da educação da pessoa, que seria o mundo ilustrado, e a segunda, as aprendizagens construídas pelo estudante no cotidiano no mundo do trabalho.

Assim, neste estudo entende-se formação como um processo que não visa transformar os indivíduos para adaptar-se ao trabalho, mas para a transformação do próprio ser e do contexto de vida e trabalho (CANÁRIO, 1997). Nesse processo evidencia-se a dimensão pessoal, uma vez que se considera que a formação é, também, auto-formação e envolve construção de uma identidade (NÓVOA, 2003). Então, é possível pensar a formação como um espaço de intervenção pessoal e coletiva do trabalho e de reconstrução das identidades pessoais e sociais. Contudo, é um campo ainda tendencialmente constituído de discursos teóricos, epistemológicos normativos, gestionários e funcionalistas (CANÁRIO, 1997).

Dessa maneira, a formação “eficaz” não é então, “transferida” por um processo de “aplicação”, que transforma a formação em um processo de treino, de reprodução de normas e gestos, estabelecidos e aprendidos *a priori*. Esta visão do mundo do trabalho e do saber profissional é claramente redutora e inadequada, e está presente, principalmente, no campo da saúde (CANÁRIO, 1997). Referida formação “transferida” possibilita segundo Carvalho e Ceccim (2006), aos estudantes, não se sentirem preparados para a vida profissional às vésperas da finalização do curso.

Para Canário (1997, p.58.) a qualidade da formação está relacionada com as necessidades do trabalho. Então, coloca:

A tentativa de organizar a formação a partir de necessidades previamente identificadas confronta-se com duas grandes dificuldades, a primeira é que os efeitos da formação são em regra gerais incertos e, frequentemente, os efeitos mais importantes são os não previstos. A imprevisibilidade intrínseca aos resultados de uma ação formativa contrasta com a tentativa de tudo medir e verificar. A segunda dificuldade reside em tentar identificar necessidades de formação (atribuindo-lhes uma existência “real” e “objetiva”), o que permitiria organizar a oferta, em função das lacunas individuais, ignorando os atores e sua inserção social em situações concretas de trabalho.

Sob tal perspectiva, os estágios curriculares ganham relevância no processo de formação profissional por serem espaços amplos e diversificados de ensino-aprendizagem, congruente com a urgente necessidade de inserir o estudante em realidades concretas dos serviços de saúde e das comunidades. O estágio representa a oportunidade do estudante praticar o trabalho da profissão no contexto da graduação. Contudo, esta inserção deve considerar os sujeitos, docentes, estudantes, profissionais dos serviços e população usuária, protagonistas do processo do cuidado à saúde e da formação profissional.

A preocupação com a qualidade da formação da enfermeira no contexto da realidade brasileira pode ser percebida desde a realização do levantamento sobre os Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil, que procurou situar a posição da enfermagem no mercado de trabalho da época e na organização do seu ensino (ABEn, 1980).

Em 1968, as Escola de Enfermagem e a ABEn realizaram um Seminário Nacional sobre Currículo do Curso de Enfermagem, com o propósito de planejar um currículo mínimo do curso de graduação em enfermagem, de acordo com as necessidades de saúde do país e as exigências da Reforma Universitária, instituída pela Lei 5540 de 28/11/1968 (ABEn, 1980). Nesse seminário, foram analisadas as atividades e as funções da enfermeira, considerando o desenvolvimento do país e das ciências da saúde, com o intuito de orientar as discussões sobre o currículo inserido no contexto geral da situação de saúde do país (LIMA, 1994).

Em seu estudo, Lima (1993) aponta que as enfermeiras expressavam, em seus depoimentos, viver em situações de conflito ao iniciar a vida profissional, pois constataavam a existência de duas realidades diferentes, a do ensino e a da prática.

Relativamente à divergência entre formação e prática profissional, Canário (1997, p. 93.) afirma que o desajustamento entre o que foi “ensinado” e “treinado” na formação inicial e as práticas profissionais executadas na situação real de trabalho são ineficazes, porque a matriz conceitual de referência encara a prática profissional como um momento de

“aplicação”, caracterizado pela previsibilidade, reforçando, assim, a descontinuidade entre a situação de formação e a situação de trabalho.

Visando alterar essa situação, as diretrizes curriculares nacionais DCN (lista) do curso de graduação em enfermagem (2001) recomendam posições inovadoras ao processo de formação profissional, voltado para novas experiências de integração ensino-serviço, com enfoque nas aprendizagens para o trabalho em saúde.

2.3 APRENDIZAGEM NO TRABALHO EM SAÚDE

Tendo em vista o objeto do estudo, as aprendizagens referidas pelos estudantes como (re)construídas no estágio curricular em rede básica, torna-se necessária uma discussão sobre o termo aprendizagem e aprendizagens em situações de trabalho da atenção básica à saúde.

Entre os autores estudados, o conceito de aprendizagem é polissêmico. Pozo (2002) entende aprendizagem como uma atividade humana, socialmente organizada. Para Young (2000), a aprendizagem está ligada ao processo de produção do saber.

Segundo Pozo (2002), existe a aprendizagem denominada implícita, que não tem o objetivo de aprender nem uma consciência do que está aprendendo, ou seja, aprende-se com a experiência; e aprendizagem explícita, resultante de atividades intencionais organizadas como, por exemplo, o ensino.

De acordo com Charlot (2001), aprender é apropriar-se de conhecimentos, não reprodutivamente, mas dominar as atividades e entrar nas relações com os outros e consigo mesmo. E define, a partir de seu estudo sobre o universo do aprendizado entre jovens escolarizados em escola profissional na França, três tipos de aprendizagens: intelectuais (capacidades intelectuais, provenientes do saber formalizado, pensar, compreender, raciocinar e imaginar); relacionais e afetivas, ligadas ao desenvolvimento pessoal (relações harmoniosas, relações de conflito, confiança em si mesmo, autonomia); e profissionais (conhecimentos e habilidades necessários para exercer a profissão).

Ressalta Pozo (2002) que a cultura da aprendizagem direcionada para reproduzir saberes previamente estabelecidos deve dar passagem a uma cultura da compreensão, da análise crítica, da reflexão sobre o que fazemos e acreditamos e não só do consumo, mediado e acelerado pela tecnologia.

Para Fróes Burnham (2000) e Young (2000), as aprendizagens não se processam apenas no espaço formal da escola, mas em todo espaço em que se estabelecem interações sociais. Desta forma, o estágio curricular, como espaço de aprendizagem, deve estimular a cultura compreensiva da aprendizagem, a partir das situações cotidianas dos serviços de saúde, onde os sujeitos envolvidos, estudantes, professores e profissionais de saúde devem refletir sobre a coerência da sua prática na atenção à saúde da população.

Os estágios curriculares na atenção básica são inseridos nos currículos dos cursos de enfermagem com o objetivo de possibilitar aos estudantes vivenciarem situações de trabalho reais, neste âmbito de atenção, desenvolvendo atividades assistenciais, gerenciais e de educação, tendo em vista a priorização dos problemas do indivíduo-família-comunidade e articulação teoria-prática. No caso da graduação em enfermagem, o estágio curricular vem sendo implantado conforme resolução CNE/CES n.º 03, de 7 de novembro de 2001, sob a supervisão direta do profissional de saúde do serviço, parceiro da IES (lista), e indireto da professora, de diferentes formas de organização e implementação (BRASIL, 2001).

Os estágios curriculares são espaços nos currículos de aproximação, criação, interpretação e intervenção na realidade, na qual o estudante irá atuar como profissional, assim como espaços de interação ensino-serviço. Para Canário (1997, p. 138), a ação profissional tem lugar em contextos sociais, marcados pela singularidade e incerteza, em que se cruzam às prescrições hierárquicas, procura social e os interesses próprios dos profissionais.

As situações de trabalho vividas pelos profissionais de saúde ocorrem no âmbito dos serviços de saúde. Nesses, a dimensão organizacional atravessa, necessariamente, as práticas profissionais, bem como o seu processo (formativo) de produção em contexto, através da inter-relação na equipe multiprofissional. Assim, um serviço de saúde é um lugar de formação, não porque prevê no seu interior somatório de ações de formação pontuais, na ausência de estratégias unificadoras, mas sim pela otimização de suas potencialidades, na criação de oportunidades educativas, baseada na relação entre os profissionais de saúde e a comunidade (CANÁRIO, 1997).

Segundo Fróes Burnham (2000), todos os espaços trazem uma responsabilidade múltipla, uma vez que não se pode pensar que apenas o conhecimento escolar dá conta da formação dos indivíduos e dos coletivos sociais. São necessários currículos que retirem os estudantes do confinado espaço da escola – isolado do mundo concreto em que vivem e do contexto dos serviços de saúde onde as práticas se desenvolvem – e lhes permitam (vi)ver a riqueza e a multiplicidade de conhecimentos existentes nos diversos espaços, onde a

formação e a vida acontecem. É preciso valorizar os diversos tipos de saberes, construir pontes que favoreçam o diálogo entre o saber escolar; o do espaço da prática e o do cotidiano dos estudantes como indivíduos sociais.

Dentro desta perspectiva, Koeche (2006) afirma que os estágios curriculares compreendem uma experiência de aprendizagem na formação profissional, na qual alguns aspectos são privilegiados, tais como: o contato com o mundo do trabalho, a busca de propostas que possam dar retorno a problemas reais que envolvam aspectos científicos (tecnologias, processos) e culturais (relação entre as pessoas) de um determinado contexto (campo de estágio), a partir de uma lógica inter e transdisciplinar.

Os estudos voltados para a percepção dos atores, estudantes, profissionais e docentes de enfermagem, em relação à contribuição dos estágios como espaço de aprendizagem para a formação profissional, como de Backes (1999), Santos (1999), Antunes (2001), Higarashi (2003), Ito (2005), Koeche (2006) e Silva (2006), trazem, em linhas gerais, a importância da compreensão dos propósitos do estágio curricular nos processos formativos de todos os sujeitos envolvidos, estudantes, professores e profissionais de saúde, a fim de possibilitar uma integração efetiva entre o mundo do trabalho e o mundo da escola, bem como a dissociação do estágio curricular dos demais componentes curriculares do curso de graduação em enfermagem.

Destaca-se, entre estes estudos, o panorama problemático dos estágios curriculares trazido na pesquisa de Higarashi (2003), que contou com a participação de trinta e três formandos do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Marília, São Paulo. Os resultados da pesquisa apontaram um quadro problemático dos estágios curriculares em relação à falta de orientação didático-pedagógica e metodológica na condução do conjunto dos estágios; inexistência de canais efetivos de comunicação entre docentes-estudantes-equipe de saúde, ocasionando dificuldades para a instalação das práticas interdisciplinares no ensino e na assistência; conservação de posturas autoritárias e de um processo de ensino verticalizado por parte de alguns professores/supervisores de estágio; enfoque de ensino voltado para a racionalidade técnica e a falta de mecanismos ou estratégias que permitam ao estudante desenvolver uma postura crítico-reflexiva; e por fim, problemas na interação professora-estudante em situações de ensino, fundamentalmente envolvendo a figura da professora orientadora no estágio.

A autora coloca que a partir dos resultados é necessário promover núcleos de formação, iniciativas coletivas de reflexão, avaliação e pesquisa das práticas docentes e de ensino, em consonância com os objetivos formativos do curso, através da instalação de

relações dialéticas de trabalho, da formação continuada e inicial voltadas para as questões do ensino, e que permitam ao conjunto de docentes e discentes resgatar seu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

Pozo (2002) aborda que esta cultura da aprendizagem se define por uma educação generalizada e uma formação permanente e massiva, tendo fortalecido a distância entre o que deveríamos aprender e o que finalmente conseguimos aprender.

O desafio colocado para as instituições formadoras na área de saúde comprometidas com a mudança consiste na construção de um currículo integrador que conduza o processo de formação profissional da enfermeira generalista no desenvolvimento de práticas comprometidas com as necessidades de saúde da população, com autonomia, raciocínio investigativo, criatividade, com capacidade de comunicação, resolução de problemas, trabalho interdisciplinar e multiprofissional, valorizando acima de tudo o ser humano na sua dimensão ética, de cidadania e de solidariedade.

2.4 DESENHO DA PESQUISA

Esta subseção apresentará o tipo e lócus do estudo, participantes e procedimentos da pesquisa, plano de análise e princípios éticos da pesquisa.

2.4.1 Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório de natureza analítica, com uma abordagem qualitativa, em virtude de sua questão norteadora e seus objetivos. As aprendizagens referidas pelos estudantes como (re)construídas no estágio curricular em rede básica, objeto deste estudo, constituem-se em um fenômeno social complexo e pouco estudado, conforme levantamento bibliográfico utilizado para a elaboração desta pesquisa nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), portanto, para

alcance do seu entendimento, é necessário a utilização do método analítico qualitativo de análise (MINAYO, 1994).

Segundo Minayo (1992, p. 38), a pesquisa qualitativa é capaz de "[...] incorporar a questão do *Significado* e da *Intencionalidade* (grifos nossos) como inerente aos *atos*, às *relações* (grifos nossos) e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas [...]". Desta forma, esta pesquisa é qualitativa, uma vez que tratará de aprendizagens expressas e significativas para estudantes em um contexto de espaços de saúde, tem uma intencionalidade.

Este estudo está vinculado à pesquisa intitulada “Estágios curriculares na rede do Sistema Único de Saúde SUS-Ba: construindo uma proposta de avaliação”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB - lista), que envolve atores da academia, pesquisadores e estudantes da Escola de Enfermagem da UFBA, integrantes do Grupo GERIR (lista) e do serviço público estadual, pesquisadores ligados à Escola Estadual de Saúde Pública (EESP - lista) e outros órgãos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB - lista).

2.4.2 Lócus do Estudo

O estudo teve como campo de investigação duas Instituições de Ensino Superior (IES - lista) públicas, localizadas na cidade de Salvador, no estado da Bahia, que possuíam curso de graduação em enfermagem integralizado e que realizavam estágio curricular na atenção básica de saúde, há mais de cinco anos.

A terceira IES, privada, que faria parte da pesquisa, após ter sido realizada a coleta de dados, solicitou que não fossem incluídos os dados coletados na pesquisa, em virtude de reformulações curriculares no curso de enfermagem. Desta forma, somente foram analisados dados de dois cursos das IES selecionadas, identificadas no estudo, como Curso I e Curso II.

2.4.3 Participantes da Pesquisa

As participantes da pesquisa foram estudantes do curso de enfermagem das IES selecionadas que realizavam estágio curricular na atenção básica de saúde. Participaram do estudo 14 estudantes, todas do sexo feminino, identificadas por numeração.

2.4.4 Procedimentos

Os dados do trabalho de campo foram coletados através de grupos focais e análise documental.

A análise documental foi realizada através de um roteiro (APÊNDICE A). Foram tomados para análise os seguintes itens dos documentos sobre estágio curricular: ementa, cronograma, plano de atividades, instrumentos de avaliação e outros documentos normativos. A leitura e análise destes documentos possibilitaram entender o processo de organização do estágio curricular na atenção básica à saúde de cada curso. (ANEXO A – Curso I e ANEXO B – Curso II).

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamento e atitudes, constituindo-se em uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que compartilham alguns traços comuns, relevantes para o estudo do problema visado. A pesquisa com grupos focais, além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma questão, permite também a compreensão de idéias partilhadas por pessoas no dia-a-dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros (GATTI, 2005).

Neste estudo, foram realizados 03 grupos focais, sendo cada grupo constituído com estudantes de cada curso de enfermagem das IES selecionadas, a partir de questões contidas no roteiro (APÊNDICE B). Em todos os grupos, as falas foram gravadas, com prévia aceitação das participantes, e transcritas. A realização dos grupos focais teve duração média de uma hora e vinte minutos e contou com a participação de 06 estudantes do curso I e 08 estudantes do curso II. Durante os grupos focais, além de pesquisadora, atuei como

facilitadora das discussões desenvolvidas nos grupos, assim como registrei os aspectos não verbais significativos para o estudo, ocorridos em cada grupo.

Estes procedimentos, desenvolvidos durante a pesquisa, permitiram-nos compreender tanto a metodologia de organização dos estágios curriculares nos cursos, individualmente (estratégias de articulação ensino-serviço, interesses dos diferentes sujeitos com relação ao estágio), como as aprendizagens (re)construídas pelas estudantes, a partir da experiência do estágio e a relevância do estágio na formação profissional.

2.4.5 Plano da Análise

O material analisado nesta pesquisa foram, fundamentalmente, os discursos desenvolvidos pelas estudantes, através dos grupos focais e, partindo da premissa de que tudo o que é dito ou escrito é passível de ser submetido à análise de conteúdo (BARDIN, 2007), foi escolhida a análise temática para instrumentalizar e operacionalizar a análise do conteúdo das falas concedidas pelas participantes desta investigação.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), as análises temáticas são as análises que tentam principalmente revelar as representações sociais ou os juízos dos locutores, a partir de um exame de certos elementos constitutivos do discurso.

Para Minayo (2006), fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado. O plano da análise temática compõe-se de três etapas. A primeira etapa consiste na pré-análise dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa. A segunda etapa refere-se à exploração do material; é definida, essencialmente, como uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. A terceira etapa diz respeito ao tratamento dos resultados obtidos e interpretações; a partir dos resultados brutos, serão extraídos significados, modalidade de análise da enunciação, que permitirão colocar em relevo as informações obtidas. Posteriormente, podem-se propor inferências e realizar interpretações, interrelacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, ou abrir outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

O plano de análise traçado neste estudo apresenta quatro momentos, no intuito de buscar atribuir sentido às informações coletadas nos discursos das participantes, abordados a seguir:

- No primeiro momento foi realizada a análise dos documentos relacionados à disciplina estágio curricular em rede básica dos cursos de enfermagem das IES, visando obter informações sobre os objetivos, atividades planejadas/programadas, período e carga horária, métodos de acompanhamento e avaliação e relatório de atividades, que acontece em diferentes espaços da atenção básica à saúde.
- No segundo momento, demasiadamente exaustivo, foram realizadas diversas leituras e recorte das falas dos grupos focais, ainda separadamente por curso, com o objetivo de definir temas significantes para análise.
- No terceiro momento, foi construído um “lençol temático” com o levantamento de todos os temas comuns nos dois grupos focais e dos temas específicos da cada grupo. Buscou-se definir os núcleos de sentidos da análise.
- No quarto momento, foi construída uma matriz de análise com as unidades temáticas da pesquisa. A seguir, apresenta-se, a título de exemplo, o quadro 1 referente a essa matriz.

Quadro I - Matriz de Análise

Unidades Temáticas de Análise	Curso	Falas das participantes transcritas	Observações
Aprendizagens construídas ou (re) construídas pelas estudantes no estágio curricular em rede básica.	Curso I	“Os três meses e meio, trabalhando na atenção básica me permitiu fazer de um tudo, entre aspas. Fiz consultas em todos os programas, visita domiciliar, atividade educativa com os agentes comunitários, supervisionei poucas atividades das auxiliares e compreendi a variedade de responsabilidades e competências da enfermeira. Fiquei preocupada!” (Estudante 02. Fonte: GF).	Complexidade da atuação da enfermeira na atenção básica apontada pela diversidade de atividades.

Com base na análise dos grupos focais e na análise documental foram construídas duas unidades temáticas de análise. A primeira refere-se às aprendizagens (re)construídas pelas estudantes no estágio curricular, em rede básica e a segunda diz respeito aos limites do estágio curricular para a formação da enfermeira na atenção básica à saúde.

2.4.6 Princípios Éticos da Pesquisa

Este estudo foi desenvolvido de acordo com os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, expressos através da Resolução 196/96 do CONEP (lista) (BRASIL, 1996). O macroprojeto, do qual esta dissertação faz parte, foi submetida à apreciação e aprovação do Comitê de Ética da Escola Estadual de Saúde Pública do estado da Bahia (ANEXO II).

O procedimento de coleta de dados da pesquisa foi grupo focal. Conforme a resolução 196/96, pesquisas que envolvem seres humanos são aquelas que, de forma direta ou indireta, os envolvem na investigação, estando garantidos os aspectos que os protegem como sujeitos da pesquisa. Estes aspectos foram: Solicitação da Autorização das instituições para realização da pesquisa, mediante ofício da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia às coordenações dos cursos; e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes dos grupos focais (APÊNDICE C).

No momento da realização dos grupos focais, foi solicitada a concordância das participantes e, logo após, foi solicitada a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento, conforme recomenda a resolução 196/96 do CONEP, que considera pesquisa em seres humanos aquela que “[...] individual e coletivamente envolva o ser humano, de forma direta ou indireta em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais” (BRASIL, 1996).

Foi respeitado, neste estudo, o direito do indivíduo aceitar participar ou não do estudo e de poder desistir ou anular o consentimento em qualquer fase da pesquisa. Por razões igualmente éticas, as instituições de ensino superior não foram identificadas, assim como foi assegurado o anonimato das participantes, utilizando-se pseudônimos nas transcrições das falas, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural (BRASIL, 1996).

3 APRENDIZAGENS (RE)CONSTRUÍDAS PELAS ESTUDANTES NO ESTÁGIO CURRICULAR EM REDE BÁSICA

Uma das entradas mais fecundas para compreender o envolvimento de um indivíduo em formação é interrogar-se sobre as transformações identitárias que conheceu através das suas experiências escolares, sociais e profissionais, e sobre o significado que atribui globalmente a estas transformações no seu contexto atual. (BARBIER, 1996, apud SILVA, 2007, p.47).

Este item tem o objetivo de abordar as aprendizagens (re)construídas pelas estudantes de enfermagem no estágio curricular em rede básica. A análise baseia-se nos conteúdos das falas, nos documentos institucionais dos estágios, plano da disciplina, cronograma de atividade e instrumentos de avaliação e em alguns estudos acerca do tema.

A atenção básica à saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território de abrangência (BRASIL, 2006).

Nos últimos anos, o Brasil vem implementando esforços para reorganizar e incentivar a rede básica de serviços de saúde, em uma tentativa de superar a crise do modelo curativo e hospitalocêntrico de atenção. Para construir uma nova maneira de prestar cuidados, o Ministério da Saúde vem investindo em estratégias como o programa de saúde da família – PSF (lista); o programa de agentes comunitários de saúde – PACS (lista); no desenvolvimento de políticas de humanização do cuidado, de acolhimento nos serviços de saúde, que conformam os princípios e elementos básicos para a prestação de uma assistência mais integral à população usuária dos serviços de saúde.

Essa revalorização da atenção básica de saúde trouxe novos desafios para a atuação dos profissionais de saúde, que necessitam desenvolver novas formas de compreender a atenção à saúde na perspectiva da integralidade. A materialização da proposta de mudança no modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica tem, na prática, trazido a necessidade de mudanças nos limites dos territórios das práticas profissionais, sobretudo para os enfermeiros que a cada dia assumem novas responsabilidades no âmbito da atenção básica, que vão desde

a ação direta sobre os indivíduos, famílias e comunidades, passando pelas ações de educação em saúde, coordenação de equipes, além da ampliação da responsabilidade decisória na gestão dos sistemas municipais de saúde e gerência das unidades básicas (FAGUNDES, 2007). Tais mudanças repercutem diretamente nos processos de trabalho e na formação profissional da enfermeira.

A inserção das estudantes de enfermagem neste contexto de reorganização da atenção básica de saúde, por meio do desenvolvimento do estágio curricular em unidades básicas ou no programa de saúde da família, possibilitou a construção e (re)construção de aprendizagens para atuar nesse âmbito da atenção à saúde.

As aprendizagens referidas pelas estudantes nesta pesquisa foram classificadas em aprendizagens profissionais e aprendizagens relacionais e afetivas ligadas ao desenvolvimento pessoal. Esta classificação baseia-se em três estudos científicos. O estudo de Charlot (2001) - voltado a compreender como se organiza o universo do “aprendizado” entre jovens do meio popular, escolarizados em escola profissional, dentro da sociedade francesa, em nossa época: a tese de Fagundes (2003), que teve como um dos objetivos caracterizar as aprendizagens referidas pelos sujeitos como (re)construídas em experiências de trabalho conjunto entre universidade e a comunidade.

O terceiro estudo foi realizado por Campos e Diniz (2001) sobre possíveis conhecimentos e aprendizagens que professores de Ciências e Biologia possuíam e que seriam decorrentes de sua experiência profissional, no município de Botucatu, São Paulo. Os autores identificaram três dimensões de conhecimentos e aprendizagens: pessoal, profissional e pedagógica.

É importante ressaltar que a classificação das aprendizagens nesta pesquisa tem o objetivo de fazer uma caracterização das aprendizagens e apontar a sua relevância tanto para a formação profissional e pessoal das(os) estudantes de enfermagem quanto para a atuação da(o) enfermeira(o) na atenção básica, relacionando com as experiências vividas no desenvolvimento do estágio curricular na graduação. Entende-se, portanto, que os processos de construção e (re)construção destas aprendizagens não são dissociados, pois ocorrem envolvendo saberes, questionamentos, relações harmoniosas ou em conflito, autonomia, sentimentos, emoções e reflexão (CHARLOT, 2001; FAGUNDES, 2003).

Para Larrosa (2002), o saber da experiência é aquele que se adquire no modo como alguém responde ao que lhe acontece ao longo da vida e no modo como se atribui sentido a estes acontecimentos. O saber da experiência não se trata da verdade de como são as coisas, mas do sentido e do sentimento do que nos acontece.

Com relação a esta definição de sujeito da experiência, Heidegger (1987 *apud* LARROSA, 2002) coloca que fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, nos tomba e nos transforma. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo.

Se a experiência é o que nos acontece, o saber e as aprendizagens da experiência têm a ver com a elaboração do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece. Trata-se de aprendizagens particulares, subjetivas, relativas, contingentes e pessoais e, desse modo, não está como o conhecimento científico, fora sujeito, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, resumindo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo) (LARROSA, 2002).

Para Therrien e Loiola (2001), os saberes e aprendizagens da experiência são gerados do contato direto com a realidade dinâmica, com a ação-reflexão-ação, com a interação dos conhecimentos prévios e dos conhecimentos construídos durante a experiência.

Josso (2004), entretanto, chama as experiências que desenvolvem aprendizagens de experiências formadoras, que são aprendizagens que articulam saber-fazer, conhecimentos, funcionalidade e significação, técnicas e valores num espaço-tempo, que oferecem a cada um a oportunidade de refletir sobre si e sobre o momento. Corrobora Charlot (2001) com a autora referida, ao afirmar que as aprendizagens são temporais, espaciais e relacionais, ou seja, as aprendizagens construídas pelas pessoas são marcadas não só pelo local e pelas pessoas, mas pela interação entre as pessoas, em momentos específicos.

Desta forma, as aprendizagens apresentadas são resultantes da relação/interação das estudantes com os conhecimentos previamente constituídos no percurso da graduação e em decorrência da realidade das situações (momentos) de trabalho em saúde nas unidades durante o estágio curricular. Neste sentido, as aprendizagens relatadas expressam não só os conhecimentos e habilidades profissionais desenvolvidas pelas estudantes para atuar na atenção básica, mas também das transformações que lhes ocorreram, como sujeitos para intervir no contexto de vida e trabalho.

Compreende-se que o estágio curricular consiste em um espaço de aprendizagem que possibilita ao estudante construir e (re)construir aprendizagens relacionadas com a dimensão da subjetividade humana, que agrega e corrobora para a construção de aprendizagens profissionais e pessoais que se sedimentam a partir do desenvolvimento das ações e da interrelação entre as pessoas.

3.1 APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

As aprendizagens profissionais estão relacionadas com as características do exercício profissional, com os conhecimentos necessários para exercer a profissão e com a postura profissional a ser tomada nos espaços de trabalho e, no caso deste estudo, na atenção básica à saúde. As seis aprendizagens mais citadas nesta classificação foram:

- A complexidade da atuação da enfermeira na atenção básica (I);
- A clínica nos programas da atenção básica (II);
- Conhecer a realidade para planejar (III);
- Necessidade de tomar decisões, negociar e entender os conflitos (IV);
- Exercer autonomia (V);
- Educar em saúde (VI).

Para melhor compreensão a respeito das aprendizagens citadas acima, serão apresentadas algumas falas das estudantes, abordando cada uma delas.

I - Aprender sobre a complexidade da atuação da enfermeira na atenção básica

Assumindo as atribuições das enfermeiras na unidade durante o estágio, pude entender o quanto o trabalho das enfermeiras representa o eixo central do funcionamento da unidade, tanto no atendimento aos programas (consultas) como na gerência e nas atividades educativas, menos. Tudo é questionado a elas, até mesmo o gerente da unidade! Fiquei espantada com a demanda de trabalho, que não observei nas outras categorias, serviço social, psicólogo, médica, entre outras. (Curso I – Estudante 03. Fonte: Grupo Focal - GF).

Os três meses e meio trabalhando na atenção básica me permitiu fazer de um tudo, entre aspas. Fiz consultas em todos os programas, visita domiciliar, atividade educativa com agentes comunitários, supervisionei poucas atividades das auxiliares e compreendi a variedade de responsabilidades e competências da enfermeira. Fiquei preocupada! (Curso I – Estudante 02. Fonte: GF).

Durante o estágio, realizei inúmeras atividades das enfermeiras, principalmente consultas em todos os programas. Percebi a importância das consultas de enfermagem no cuidado a pessoas de todas as idades, com problemas diversos. (Curso II – Estudante 05. Fonte: GF).
Tive a oportunidade, neste estágio, de compreender o que faz a enfermeira na vigilância epidemiológica, realizando busca de faltosos dos programas de tuberculose e hanseníase, fazendo bloqueio vacinal de sarampo e

investigação nos domicílios e um pouco da vigilância sanitária, quando fiquei no distrito sanitário. (Curso I – Estudante 01. Fonte: GF).

Somente neste estágio na atenção básica, de toda a minha graduação, pude, como estudante de enfermagem, entender as diversas formas de fazer atividades de educação em saúde com a comunidade, promovendo palestras. (Curso I – Estudante 06. Fonte: GF).

[...] no estágio compreendi o tanto de responsabilidades que a enfermeira tem na unidade de saúde, não imaginava que era tanto! Além das consultas nos programas, acompanhamento da sala de vacina e curativo, acompanhamento das auxiliares de enfermagem e ACS e preenchimento do SSA2. (Curso II – Estudante 08. Fonte: GF).

As falas acima mostram o aprendizado das estudantes sobre a atuação da enfermeira na atenção básica e sua complexidade, visto que envolve diversos processos e atividades como: ações gerenciais (supervisão de auxiliares e técnicos de enfermagem e ACS, supervisão da sala de vacina e de curativo), ações individuais (atendimento clínico), ações coletivas (ações de vigilância epidemiológica, ações de educação permanente e educação em saúde) que estão interligadas e requerem, da enfermeira, saberes e habilidades diferentes e específicos.

Para Morin (1998), a complexidade é a qualidade do que é complexo. O termo vem do latim: *complexus*, que significa o que abrange muitos elementos ou várias partes. É o conjunto de circunstâncias, ou coisas interdependentes, que forma o Todo, unidade complexa. O Todo não se reduz à soma das partes, pois cada parte apresenta sua especificidade e, em contato com as outras, modificam-se as partes e também o Todo.

A complexidade das práticas das enfermeiras decorre das distintas atribuições e responsabilidades que essas profissionais vêm historicamente assumindo no âmbito da atenção básica de saúde. No contexto atual, essas atribuições estão definidas e regulamentadas pela Portaria nº 648/GM/2006: assistir a família nos diferentes ciclos da vida na unidade de saúde e no domicílio, trabalhar em equipe multiprofissional, gerenciar serviços de saúde, coordenar programas de saúde (atenção a portadores de doenças crônicas, pré-natal, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, planejamento familiar, saúde mental, entre outros), de educação em saúde, de prevenção de danos e promoção de saúde, entre outras (BRASIL, 2006).

Anterior a esta Portaria governamental, em 1999, uma pesquisa realizada em vários países, entre eles o Brasil, para a elaboração de uma proposta de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC - lista) já apontava para a

diversidade de ações desenvolvidas pelas enfermeiras nesse âmbito da atenção em saúde: atividades gerenciais na Unidade de Saúde; atividades de coordenação, organização, treinamento, controle do trabalho de enfermagem; atividades de atenção de caráter individual e atividades de atenção de caráter coletivo relacionadas à prevenção e promoção da saúde.

Um estudo feito por Silva e colaboradores (1998) quantificou as atividades realizadas no cotidiano de trabalho das enfermeiras na saúde pública da seguinte forma: 28% das ações correspondem à atenção de caráter individual, 23,9% à coletiva (formação de grupos), 46,8% às ações gerenciais, envolvendo coordenação, organização, treinamento, controle e supervisão do trabalho de enfermagem.

Ainda com relação às atividades das enfermeiras na atenção básica descritas na literatura, Witt (2005) destaca o fato das enfermeiras responsabilizarem-se pela atenção à saúde e contribuírem para a organização desta atenção, bem como promoverem atividades educativas e de controle social do sistema de saúde, visando ao desenvolvimento e fortalecimento da compreensão da saúde como direito individual e coletivo. Destaca, ainda, a contribuição das enfermeiras para a construção de um cuidado humanizado, na medida em que usa competências como saber ouvir o usuário e demonstrar capacidade de acolhimento e sensibilidade. O uso destas habilidades constitui elementos que também orientam e organizam as práticas na atenção básica.

Percebe-se, dessa forma, que são muitas e diversas as demandas das enfermeiras que atuam na atenção básica. Estas demandas estão relacionadas ao caráter complexo do trabalho dessas profissionais nesse campo, que articulam demandas dos usuários com a estrutura do serviço e com os demais profissionais, além de atuarem como referência para os outros membros da equipe no encaminhamento de problemas e solicitações, sem contar com a sua crescente inserção no atendimento clínico individual e nas ações coletivas advindas do trabalho educativo e da vigilância à saúde.

Para Nauderer e Lima (2008), a polivalência do trabalho das enfermeiras refere-se tanto às ações junto aos usuários, como às relacionadas à gerência do serviço, a exemplo, em seu estudo com usuários de unidade de saúde, os quais informaram que as enfermeiras podem resolver ou dar encaminhamento adequado a todo tipo de problema.

As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em enfermagem também refletem essa pluralidade de ações desenvolvidas pelas enfermeiras, sobretudo na atenção básica de saúde, ao preconizar uma formação profissional generalista, que deve envolver áreas temáticas de conteúdos diversos. Citam-se, entre estas: bases biológicas e sociais, assistência, administração de serviços de saúde e ensino, relacionadas com o processo

saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional (BRASIL, 2001).

Diante do exposto, nota-se que o estágio curricular, enquanto espaço de aprendizagem, contribuiu para o aprendizado da complexidade da atuação em rede básica pelas estudantes, uma vez que as enfermeiras, neste âmbito da atenção, desenvolvem múltiplas atividades, que são interdependentes e exigem da enfermeira conhecimentos e habilidades distintas e específicas, no campo da assistência, da gerência e da educação/formação. Este aprendizado também possibilita a compreensão das estudantes sobre a complexidade do trabalho na atenção básica, constituído de intervenções de grande complexidade no processo saúde-doença de um determinado território, tais como:

II - Aprender a clínica nos programas da atenção básica

Quando cheguei à unidade não via a hora de atender. Quando comecei, senti uma grande diferença da consulta de enfermagem no hospital e na atenção básica. Aprendi muito mais nas consultas [de enfermagem previstas] nos programas [de saúde], pois tinha que pensar na clínica, em fazer anamnese e exame físico das pessoas e associar ao quadro da doença, a enfermeira preceptora sempre falava. Foi uma experiência muito difícil, mas muito boa e rica. (Curso II – Estudante 03. Fonte: GF).

Fazendo as consultas com crianças, mulheres, homens na unidade de saúde, aprendi a raciocinar clinicamente, fazendo o exame físico do fio do cabelo à unha do pé. Ficava muito insegura no começo, depois que aprendi, adorava atender, conhecer a situação das pessoas e compreender o comportamento clínico da doença e os protocolos. (Curso I – Estudante 01. Fonte: GF)

Durante as consultas [de enfermagem] programadas na atenção básica, me vi obrigada a entender bem de clínica, como se comporta a doença naquela pessoa e analisar sua condição de vida. Assim, as pessoas que tinham hipertensão, que eu atendi, tinham diferentes manifestações clínicas, algumas diferentes do protocolo. (Curso I – Estudante 06. Fonte: GF).

Observando e depois atendendo as pessoas na unidade de saúde, aprendi a fazer clínica, na marra, com muito estudo. Olha! Assim, eu antes pensava imediatamente no tratamento conforme o protocolo, agora na consulta pergunto sobre os hábitos de vida das pessoas que interferem na condição da doença e da saúde. Fiz também exame físico, a enfermeira preceptora sempre chamava minha atenção. (Curso II – Estudante 05. Fonte: GF).

Atender as pessoas e fazer clínica me fez voltar a estudar muito fisiopatologia, farmacologia, semiologia; e a enfermeira preceptora fazia perguntas e cobrava, foi trabalhoso, mas muito importante para minha formação.

Acompanhar a melhora das pessoas de que cuidamos é muito bom. Aprender seu problema clínico e ajudá-las a melhorar é uma experiência extraordinária. Mas é triste também ver a piora ou o abandono das pessoas.
(Curso I – Estudante 02. Fonte: GF).

Estas falas mostram sentimentos de insegurança, esforço, preocupação e satisfação pelo aprendizado das ações assistenciais. Observa-se que as experiências de atendimento nos programas, no estágio curricular, possibilitaram o aprendizado sobre o exercício da clínica na atuação da enfermeira na atenção básica, a partir do conhecimento da realidade das pessoas, da identificação de dados importantes coletados durante a anamnese e o exame clínico, associado à fisiopatologia, da identificação de dados que são considerados problemas e necessitam de investigação, assim como a compreensão dos protocolos assistenciais governamentais dos programas da atenção básica. Nota-se também a presença marcante das enfermeiras preceptoras do estágio no acompanhamento deste processo de aprendizado, como parte de suas atribuições, enquanto preceptora.

Com relação à clínica na atenção básica, Cunha (2005) coloca que esta clínica é diferente da clínica no âmbito hospitalar, apresentando um quadro comparativo entre as duas áreas de atenção à saúde:

Quadro II - Quadro comparativo da clínica na atenção básica e na atenção Hospitalar

Clínica na Atenção Básica	Clínica na Atenção Hospitalar
Apresenta 80 a 90% dos problemas de saúde	Apresenta 10 a 15% dos problemas de saúde
É necessário compromisso com a terapêutica	É possível compromisso maior com o diagnóstico do que com a terapêutica
Critério de Eficácia: qualidade de vida	Critério de Eficácia: alta hospitalar
Momento crônico	Momento agudo
Seguimento no tempo	Encontro momentâneo
Resultado a médio e longo prazo	Resultado imediato
Sujeito in vivo (em relação)	Sujeito in vitro (isolado)
Tratamento negociado com o doente. Apresenta limites	Relação autoritária, pouco questionada pelo doente. Sensação de onipotência
Doente preocupado em “viver”	Doente preocupado em sobreviver
Procedimentos: remédios, exames, atividades, predomínio de intervenções “biopsicossociais”	Procedimentos: remédios, exames, predomínio de intervenções no corpo
Fácil produzir dependência (acesso fácil)	Difícil perceber dependência (acesso difícil)
Fácil perceber efeitos colaterais dos tratamentos.	Difícil perceber efeitos colaterais dos tratamentos
Análogo a um filme	Análogo a uma fotografia.

Fonte. CUNHA (2005, p.23)

A partir da análise do quadro acima citado, constata-se a complexidade que envolve a clínica da atenção básica, pois envolve inúmeras variáveis relacionadas à dimensão biológica dos riscos ou doenças e sobre os riscos subjetivos e sociais, além de requerer uma atuação crítica dos profissionais de saúde em relação aos resultados de suas ações e terapêuticas, para recriar novas formas de intervenção.

A aprendizagem da clínica (re)construída a partir da realização de consultas previstas nos protocolos dos programas de saúde desenvolvidos nas unidades básicas de saúde, durante o estágio curricular, está prevista no plano da disciplina dos dois cursos de graduação, como objetivo da disciplina e atividades de aprendizagem a serem desenvolvidas pelas estudantes. Em um curso, inclusive é estabelecido o quantitativo mínimo de consultas que devem ser realizadas durante o estágio e enfatizado, no diário de campo, o relato das atividades de clínica realizadas. Ainda sobre esta aprendizagem, está prevista, também no cronograma da disciplina dos dois cursos, a discussão temática sobre os protocolos assistenciais e a consulta de enfermagem na atenção básica.

Os protocolos clínicos dos programas de saúde da atenção básica constituem em instrumentos chave de sistematização de condutas profissionais e alocação dos recursos terapêuticos para a organização da assistência na rede básica de saúde. No âmbito da atenção

básica, estes protocolos são definidos por área de atenção populacional (criança, mulher, idoso, trabalhador, entre outros) ou agravos (câncer de colo uterino e mama, dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose, DST (lista), obesidade, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e carência de micronutrientes, entre outros).

Desta forma, nota-se a ênfase que a disciplina, em seu planejamento e execução, dá ao aprendizado do atendimento clínico no estágio curricular para a formação do estudante na atenção básica. Este enfoque está relacionado à ampliação do atendimento clínico da enfermeira aos programas da atenção básica demandado pelo processo saúde-doença e pela política de atenção básica à saúde, conforme pode ser constatado nas falas:

III - Aprender a conhecer a realidade para planejar

Aprendi no estágio a planejar com foco no problema real. Percebi que falta à equipe conhecer mais a realidade da comunidade para planejar ações conjuntas. Planejei atividades mais com as enfermeiras preceptoras e os ACS (lista)? (Curso II – Estudante 02. Fonte: GF).

Na sala de aula aprendi o que é planejamento estratégico, mas na prática aprendi o quanto é difícil por em prática, pois, além de conhecer os problemas reais, é necessário um trabalho conjunto. (Curso I – Estudante 06. Fonte: GF).

O que eu mais aprendi fazendo o planejamento foi enxergar os problemas de saúde, pois muitas vezes, eu não enxergava. Assim, eu não percebi que a disposição da sala de espera na unidade era muito ruim para as pessoas e, no levantamento de problema, a técnica de enfermagem apontou e explicou. Isso me despertou para aprender a olhar melhor os problemas da realidade para depois planejar. (Curso I – Estudante 05. Fonte: GF).

Eu e duas colegas que estavam comigo na unidade fizemos o PPLS (lista) [planejamento e programação local de saúde] com os profissionais de saúde, nas reuniões de sexta-feira. Foi um aprendizado maravilhoso, pois cada profissional colocava suas idéias e visões sobre o mesmo problema, então aprendi que, no planejamento, o entendimento da realidade é indispensável para que as ações tenham bons resultados e que o olhar de cada um tem a ver com seus conhecimentos e experiências. Por exemplo, aprendi muito com os ACS sobre a realidade da comunidade, pois eles vivem nela. (Curso I – Estudante 01. Fonte: GF).

No estágio, uma das atividades de avaliação é a construção de um PPLS. É um trabalho danado, pois temos que fazer levantamento de problemas, definir objetivos e ações para resolver os problemas. Depois de pronto, apresentamos à professora e à enfermeira preceptora da unidade e depois este planejamento muitas vezes não é seguido nem pela gente, estudantes, que dirá pelos profissionais. Foi uma experiência boa, pois aprendi que antes de planejar, é necessário conhecer a realidade, mas fizemos isso muito só. Para dar certo

tínhamos que ter feito com os profissionais e pessoas da comunidade. (Curso I – Estudante 04. Fonte: GF).

Fizemos o planejamento local todo, um trabalhão, e depois não foi discutido por ninguém. Foi um exercício que me fez olhar para o contexto da unidade de saúde e da comunidade e aprender que antes de pensar em fazer alguma ação, devo analisar a realidade. Foi uma pena fazermos sozinhas. (Curso II – Estudante 01. Fonte: GF)

Gostei muito de fazer o exercício do planejamento, aprendi a ver as causas dos problemas para planejar, para atuar na realidade, mas este exercício, apesar de ser feito com problemas reais, ficou apenas no papel, porque não fizemos nada, também fizemos sozinhas, com algumas orientações das preceptoras. (Curso II – Estudante 05. Fonte: GF).

Senti a falta de pessoas da comunidade para planejar atividades para os problemas da comunidade. Seria muito mais interessante saber o que a comunidade pensa dos problemas que ela passa e não só os profissionais de saúde (Curso I – Estudante 03. Fonte: GF).

Os relatos acima expressam o aprendizado das estudantes sobre a necessidade de conhecer a realidade local para planejar, impulsionado pelo exercício do planejamento e programação local em saúde da vigilância à saúde (PPLS - lista), previsto no plano da disciplina e no instrumento de avaliação, bem como pelas necessidades de agir sobre as situações reais de trabalho que lhes eram apresentadas durante o estágio. Os relatos mostram também o sentimento de frustração das estudantes por não colocar em prática o PPLS elaborado, muitas vezes apenas entre elas e a compreensão da importância da construção coletiva do planejamento entre os profissionais de saúde e a comunidade.

O planejamento e programação local em saúde – PPLS é considerado um instrumento de fundamental importância para organizar as ações da vigilância à saúde no âmbito local do SUS, por se tratar de uma proposta metodológica que permite a negociação entre os diversos participantes interessados, com capacidade de agir numa determinada situação de saúde, sobre os problemas e ações de promoção, prevenção e recuperação dirigidas para a sua redução ou controle. É composto por momentos, a saber: análise da situação de saúde, definição de objetivos, análise de viabilidade, desenho de estratégias de ação, elaboração da programação operativa e mecanismos de acompanhamento e avaliação (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2001).

Durante o estágio, as estudantes, ao realizarem o PPLS, aprenderam que uma atuação planejada sobre qualquer recorte da realidade implica num esforço de entendimento entre os diversos atores sociais envolvidos, da situação e das formas de intervir sobre os

problemas, de modo a reduzi-los ou controlá-los. Os relatos também expressaram a pouca participação dos profissionais, comunidade e professores no processo de construção do planejamento, que inviabilizava sua execução. Ao ser realizado apenas como um exercício, o PPLS, apesar de trazer aprendizagens significativas para a formação da enfermeira, causa também muita frustração nas estudantes que não vêem muito sentido na sua execução.

IV - Aprender a tomar decisões, negociar e entender os conflitos

No estágio, a todo o momento me vi na necessidade de tomar decisões e negociá-las para que as coisas acontecessem, na consulta, na visita domiciliar, nas atividades educativas com os ACS, principalmente porque sou estudante. Tive inúmeras dificuldades, porque não sabia tomar decisões; sozinha, não me sentia preparada para negociar. Aprendi, a partir do trabalho no estágio, a ter que desenvolver forma para decidir e negociar cotidianamente. (Curso II – Estudante 03. Fonte: GF).

No dia a dia do estágio, fui aprendendo a tomar decisões e negociar as atividades. No começo era muito autoritária e não deu certo, quebrei a cara, claro, estudante querendo mandar. Depois aprendi a escutar as pessoas, discutir opiniões e fazer acordos. Um exemplo foi com as auxiliares de enfermagem que não queriam rodar [fazer rodízio nos setores da unidade] nas atividades de enfermagem do posto; sentamos e conversamos junto com as enfermeiras-preceptoras; foi muito importante para aprender a atuar profissionalmente. (Curso I – Estudante 01. Fonte: GF).

[...] aprendi no estágio que para decidir e negociar é necessário ter conhecimento para argumentar. Uma vez mesmo, senti que não consegui negociar uma atividade com as técnicas de enfermagem por falta de argumento, fiquei com uma raiva de mim mesmo. (Curso I – Estudante 04. Fonte: GF).

Todas as atividades no estágio requeriam tomar decisões, nas atividades educativas, por exemplo, era necessário decidir materiais, negociar temas, datas. [...] me defrontei com cada situação conflituosa entre os profissionais, com os ACS e a comunidade e entre colegas e profissionais. Foram situações muito difíceis, mas aprendi muito também, porque passei a ver o conflito como algo presente em todas as relações, principalmente, com os profissionais que convivem muito tempo. (Curso II – Estudante 07. Fonte: GF).

Vivenciei uma situação de conflito com os ACS na campanha de vacinação, foi terrível, fiquei constrangida, percebi naquele momento que o conflito se instalou por divergências de interesses entre eles, não me meti, pois era estudante! E então aprendi a observar, nas situações de conflito, os interesses que estão em jogo, interessante isso. (Curso II – Estudante 05. Fonte: GF).

[...] das situações de conflito que vivenciei no estágio, aprendi que a escuta, a paciência e a tranquilidade são necessárias para lidar com o conflito. O comportamento da gerente da unidade nas situações de conflito me ensinou muito, ela ouvia calmamente, sem interromper, depois tranquilamente colocava seu entendimento da situação e pedia que as pessoas envolvidas pensassem em formas de resolver a situação, e depois ela sentava com as pessoas e mediava a negociação e as decisões. Aprendi muito mesmo com ela. (Curso I – Estudante 06. Fonte: GF).

As falas expressam o aprendizado das estudantes em tomar decisões, negociar ações e entender conflitos, que são características fundamentais para o trabalho gerencial da enfermeira. Percebe-se que estes aprendizados estão relacionados com o contexto singular das situações do trabalho, que requerem das estudantes posturas profissionais para decidir, negociar e lidar com os conflitos.

Em qualquer organização que exista interação entre indivíduos há situações conflituosas, tornando-se de grande valia conhecimentos do líder para definir a melhor maneira de resolvê-las, tomar decisões e/ou negociá-las. O conflito ou situação conflituosa é entendido como divergências de idéias, interesses e percepções dos indivíduos envolvidos. Tende a gerar instabilidade entre as relações, tornando-se negativo ou não, dependendo de como as pessoas lidam com a situação. Ou seja, se as emoções determinarem a condução do conflito, há grande probabilidade de que tome o caráter negativo e produza efeitos desastrosos nas relações (KURCGANT, 2005).

A complexidade do processo de trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde requer o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, de negociar e gerenciar conflitos, exercendo a flexibilidade, a escuta ativa e a comunicação, além de requerer conhecimentos para argumentar as questões provenientes das divergências de opiniões e interesses e, principalmente, promover a participação de todos os envolvidos. Reforçam Marquis e Huston (2005) que o estímulo à colaboração e participação de atores sociais nos processos decisórios e de negociação consiste na melhor alternativa de solução de conflitos.

Percebe-se nos discursos das estudantes que as mesmas estão atentas ao entendimento dos conflitos, e também a não enfrentá-los, devido à insegurança causada pela pouca experiência no trato de situações conflituosas, além do medo de enfrentar as divergências de idéias e posições na equipe.

A análise dos documentos institucionais da disciplina dos dois cursos de graduação deixa claro que as habilidades e atitudes relacionadas aos atos de tomar decisões, negociar e lidar com conflitos no estágio curricular, embora relacionadas com os critérios de avaliação

do desempenho do estudante nos instrumentos específicos, não consistem em aprendizagens previstas para desenvolvimento.

VI - Aprender a exercer autonomia

No estágio em rede básica tive mais autonomia de fazer as coisas do que no estágio no hospital. [...] nas consultas tinha mais autonomia, sabe, eu avaliava o usuário, orientava, fazia encaminhamento, não dependia tanto da atuação de outros profissionais. (Curso II – Estudante 05. Fonte: GF).

Apreendi no estágio a desenvolver autonomia profissional, em vários momentos, na consulta, na visita domiciliar, na organização de eventos educativos e campanha de vacina, pude decidir e executar em conjunto. (Curso II – Estudante 08. Fonte: GF).

Percebi no estágio que, para exercermos a enfermagem, é necessária autonomia, então aprendi que todos os profissionais têm uma autonomia limitada, porque o trabalho está interligado, a ação de um profissional repercute com a do outro. (Curso I – Estudante 02. Fonte: GF).

[...] aprendi a exercer a autonomia aos poucos, no estágio, acho que mais no final estava mais segura. Para exercer autonomia precisa estar muito seguro de si, saber muito. (Curso II – Estudante 07. Fonte: GF).

[...] na verdade eu entendi que para ser autônomo, é necessário ser independente, sabe, assim, ter atividades independentes, mas na atenção básica têm muitas atividades conjuntas e atividades independentes, como as consultas. Então, a autonomia é relativa, sabe. (Curso I – Estudante 03. Fonte: GF).

Durante o estágio, observando as atividades dos profissionais, compreendi que a autonomia não estava relacionada com responsabilidade. Assim, eu pensava que quanto mais responsabilidades, assim como gerente, tivesse mais autonomia, mas, por exemplo, a prática do dentista no PSF é muito independente, autônoma e ele não se envolve com muita coisa na unidade, além do seu trabalho específico. (Curso I – Estudante 01. Fonte: GF).

Os discursos acima revelam a oportunidade que o estágio em rede básica ofereceu para o aprendizado de aspectos relacionados ao campo da autonomia profissional. Os aspectos da autonomia mais abordados pelas estudantes foram relacionados à compreensão da atenção básica como espaço de mais liberdade para tomada de decisão consoante as competências técnicas e legais de cada categoria profissional, como também da compreensão da

interdependência e complementaridade existentes entre as práticas do conjunto dos profissionais de saúde.

Compreender que é nesse contexto de interdependência e complementaridade que cada profissional deve negociar e pactuar seu grau de autonomia e ter oportunidade de estabelecer parâmetros de distinção entre colaboração e subordinação no trabalho em equipe foi um aprendizado muito enfatizado pelas estudantes, entretanto, como elas mesmas afirmam, apesar do estágio ter permitido essa compreensão, o que persiste nos serviços onde realizaram o estágio são as relações hierarquizadas com valorizações distintas entre os trabalhos dos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde (PEDUZZI, 2001).

Para Peduzzi (1998), essa questão está muito relacionada ao fato de que o modelo que orienta a prática dos profissionais de saúde ainda é predominantemente o biomédico. Esse modelo de base taylorista tem, historicamente, ajudado a construir a idéia da “equipe de saúde” a partir de um profissional nuclear – o médico. Nesta perspectiva, os outros profissionais são percebidos como meros coadjuvantes em cena. Isto tem reforçado a secular tradição de isolamento das profissões e a manutenção da territorialidade das práticas. Essa forma de conceber e organizar os serviços de saúde é percebido, também, nos espaços onde as ações deveriam ter um caráter mais coletivo e participativo, como é o caso da atenção básica à saúde. Um exemplo disso, como apontam Almeida e Mishima (2001), é o Programa de Saúde da Família que, na percepção dessas duas autoras, não propõe alterações significativas no modelo biomédico, e por isso não tem sido um espaço efetivo de construção e efetivação de projetos de cuidado que contemplem a complexidade, a multiprofissionalidade e a multirreferencialidade implícitas na concepção de integralidade no campo da saúde.

È importante ressaltar também que a percepção de autonomia no estágio curricular perpassa pelo desenvolvimento das atividades profissionais sem a necessidade da presença do professor ao lado, uma vez que os estágios constituem momento único no currículo em que esta separação ocorre, exigindo do estudante a necessidade de tomar decisão, consoante as competências técnicas e legais da profissão.

A percepção do estágio curricular como um espaço privilegiado para o desenvolvimento da autonomia profissional não está previsto nos documentos institucionais, pelo menos de forma explícita.

VII - Aprender a educar em saúde

Realizei muitas atividades de educação em saúde, mais com a comunidade do que com os profissionais de saúde da unidade, e o que mais aprendi foi que educar em saúde é mais do que falar para ter bons hábitos de higiene, não comer sal, de falar de complicações de doença. É falar de problemas pessoais que afligem as pessoas. (Curso I – Estudante 03. Fonte: GF).

[...] aprendi que educar em saúde vai além de falar do que sabemos. Uma vez, estudei tanto para falar sobre amamentação e quando chegou a hora fui falando sem ouvir as mulheres presentes, e foi um desânimo só, me senti horrível e aí aprendi que é preciso escutar as pessoas que estão envolvidas na atividade educativa. Foi uma lição e tanto! (Curso I – Estudante 04. Fonte: GF).

[...] um dia fui surpreendida com a escolha do tema para atividade educativa do grupo de idosos e idosas; queriam falar sobre o estatuto do idoso no país. Fiquei frustrada no primeiro momento, pois queria falar sobre demência no idoso, mas depois foi muito bom; fora o trabalhão de estudar todo o estatuto, ouvi os idosos, suas interpretações sobre o estatuto, foi um aprendizado e tanto, acabou que aprendi tanto ou mais com eles do que eles comigo. (Curso I – Estudante 02. Fonte: GF).

[...] educar em saúde me provocou a criar, ser mais criativa e utilizar os instrumentos possíveis para trabalhar. Me senti muito bem desenvolvendo atividades de educação em saúde. Percebi o quanto posso ensinar e aprender. (Curso II – Estudante 01. Fonte: GF).

Percebi nas atividades de educação em saúde que ter conhecimento significa poder. Assim, como estava falando para os adolescentes sobre um assunto de interesse deles, tinha mais poder que eles, mas quando eles fizeram uma peça sobre vários assuntos que discutirmos, olha eu chorei de emoção, em percebi o potencial deles. (Curso I – Estudante 06. Fonte: GF).

Educar na atenção básica é não só falar de doenças mas também falar dos problemas sociais reais que afligem as pessoas. Na unidade em que faço o estágio, a comunidade estava assustada com o número de pessoas com dengue. Então, fizemos algumas reuniões para discutir o assunto e foi muito interessante, porque as pessoas se colocaram sobre sua compreensão do problema e aí surgiram os conflitos, foi difícil, mas depois pensamos formas de reduzir [...] (Curso II – Estudante 02. Fonte: GF).

Os relatos apontam o aprendizado de educar em saúde que as estudantes obtiveram, a partir das experiências vividas no estágio curricular, assim como os sentimentos de satisfação e os desafios superados. A realização destas atividades está prevista no plano e no instrumento de avaliação do estudante no estágio curricular dos dois cursos de graduação.

A aprendizagem de educar em saúde proporcionou às estudantes a busca pelo conhecimento, a escuta do outro, a educação para enfrentamento dos reais problemas das pessoas, o aprender com o outro, bem assim com o processo de empoderamento dos sujeitos através da educação, atitudes e compreensões, consideradas de suma importância para o desenvolvimento de atividades educativas em saúde na atenção básica.

Segundo Villa (2006), o educar em saúde não se limita à absorção passiva de informações padronizadas, mas à possibilidade de libertação do espaço e do tempo presentes, de estabelecer relações interpessoais, imaginar, fazer planos, transformar, tomar posse do próprio fazer/saber.

Para o desenvolvimento da prática educativa libertadora nos serviços de saúde, descrita pela autora, é necessária a compreensão dos profissionais de saúde da educação como forma de luta pela transformação da condição de vida dos sujeitos e pela transformação da atenção à saúde, implicando na aproximação entre os profissionais de saúde e a população, no estabelecimento de relações intersubjetivas, em tempo contínuo, e na formação de espaços de negociação e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro.

Educar em saúde deve implicar em um processo de desenvolvimento da capacidade de escuta, do respeito às singularidades e diversidades humanas, culturais e sociais, bem como da oportunidade da construção de caminhos para o exercício da cidadania. Desta forma, educação em saúde é um campo de conhecimento e de prática do setor saúde que visa integrar os vários saberes: científico, popular e do senso comum, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, e maior participação responsável e autônoma frente ao contexto de vida e trabalho.

A partir da análise das aprendizagens profissionais (re)construídas pelas estudantes de enfermagem no estágio curricular para atuar na atenção básica, nota-se a potencialidade formativa dos serviços de saúde, uma vez que as situações reais de trabalho permitiram às estudantes refletir sobre as práticas profissionais na atenção básica.

3.2 APRENDIZAGENS RELACIONAIS E AFETIVAS LIGADAS AO DESENVOLVIMENTO PESSOAL

As aprendizagens relacionais e afetivas ligadas ao desenvolvimento pessoal referem-se às questões da construção do saber-ser, do desenvolvimento das relações com os outros, da construção de laços afetivos, da capacidade de compreender a vida e as pessoas. São aprendizagens construídas não apenas no ambiente escolar e, segundo Fagundes (2003), geralmente não são ensinadas ou transmitidas, e sim construídas na interação com as outras pessoas.

Apesar da importância dessas aprendizagens na formação de uma profissão relacional como é a enfermagem, constata-se a ausência de referências a essas questões, tanto nas ementas, como nos planos de estágio e nos instrumentos de avaliação. Para Galeffi (2001), o fato reflete uma concepção pedagógica marcada pela aquisição de conhecimentos e não por uma efetiva construção do saber-ser.

Estas aprendizagens - vinculadas à reflexão do sujeito de estar no mundo e com o mundo relacionar-se - representam a reflexão das estudantes sobre as experiências vividas nas situações de trabalho do estágio e da interação com as pessoas envolvidas neste contexto. As cinco aprendizagens mais citadas nesta classificação foram:

- Entender a diversidade no contexto de trabalho;
- Escutar;
- Ser solidária;
- Entender as relações de poder para atuar;
- Desenvolver atitudes de articulação.

No intuito de facilitar a compreensão a respeito das aprendizagens acima referidas, serão apresentados alguns discursos das estudantes.

I - Aprender a entender a diversidade no contexto de trabalho

Ir todas as manhãs, durante três meses e meio, para aquela unidade de saúde, representou um esforço físico de pegar dois ônibus para ir e para voltar, mas valeu a pena, porque somente neste estágio pude me deparar com uma diversidade de condições de vida, de culturas, de classes sociais e aprendi a

entender para atuar melhor e para minha vida. (Curso I – Estudante 01. Fonte: GF).

[...] foi muito chocante para mim vivenciar a diversidade de coisas no dia a dia do meu estágio. Diferenças entre as formas dos profissionais lidarem um com o outro, diferenças entre os problemas sociais dos usuários que cuidava, diferença de culturas. Entender estas diferenças foi um desafio e um grande aprendizado para toda a minha vida. (Curso I – Estudante 04. Fonte: GF).

[...] na visita domiciliar vivenciei não só as diferenças econômicas e sociais, mas também as diferenças de conhecimentos. Perceber e entender esta diversidade foi um aprendizado fundamental para seguir no estágio e também para minha vida pessoal. (Curso II – Estudante 03. Fonte: GF).

Lidar com as diferenças sociais, as diferenças de compreensão dos problemas, as diferenças nas relações interpessoais me fez aprender o quanto precisamos compreender esta diversidade para atuar de forma correta. (Curso I – Estudante 06. Fonte: GF).

Durante as consultas de enfermagem, na conversa com as pessoas, percebia como a diferença de histórias de vidas, de compreensão da doença e de sua saúde interferia no meu trabalho. É difícil lidar com a diversidade de coisas! Aprendi a entender a diversidade no meu trabalho para poder agir. (Curso II – Estudante 07. Fonte: GF).

[...] percebi muito, inserida na equipe, as diferenças nas relações interpessoais, assim as formas de relacionamento, mais amigável, mais indiferente, mais ríspida. Não foi fácil perceber isso. Foi importante aprender a sentir esta diversidade para relacionar-se, não só no ambiente de trabalho. (Curso I – Estudante 03. Fonte: GF).

[...] penso que entendendo a diversidade no nosso trabalho podemos fazer diferente. Aprender a entender e acima de tudo respeitar as diferenças foi muito importante para minha vida. (Curso II – Estudante 02. Fonte: GF).

Os discursos apresentados expressam as dificuldades, mas, ao mesmo tempo, a satisfação das estudantes em compreender a expressão da diversidade existente no contexto do trabalho em saúde. Este aprendizado está relacionado com o desenvolvimento de estratégias pelas estudantes para lidar com a diversidade e a complexidade das situações do trabalho em saúde, quando se sentem provocadas a olhar para as diferenças: culturais, de poder, de saberes, de comportamentos individuais no ambiente de trabalho, para melhor atuar.

Para Machín (2000), a diversidade humana é um fato real, objetivo e inegável. É a confirmação das diferenças. O entendimento destas diferenças no processo de formação pode permitir, às estudantes, aprender a lidar com as diferenças, ao invés de tornarem-se indiferentes a elas.

A diversidade é inerente ao trabalho em saúde, assim, é fundamental aprender a conviver com as diferenças e envolver-se de forma protagonista nesse processo, a fim de produzir novos significados e sentidos sobre a diversidade humana que permitam melhor relacionar-se no plano profissional e pessoal.

Na atenção básica, a compreensão da diversidade nas relações com a comunidade e com os profissionais permitirá o desenvolvimento de ações voltadas para a prestação do cuidado mais humanizado e para a transformação da realidade social e o próprio trabalho em saúde.

II - Aprender a escutar

Minha mãe sempre me dizia, menina você fala demais, precisa escutar mais e falar menos. Só aprendi isso agora no estágio, a escutar mais, e como aprendi escutando as pessoas [...] (Curso II – Estudante 07. Fonte: GF).

O exercício de escutar os usuários, os profissionais, as colegas, a preceptora, a professora do estágio, foi um aprendizado para mim; tanta coisa que aprendi, de experiências das outras pessoas, vou levar para toda a minha vida. (Curso I – Estudante 03. Fonte: GF).

[...] percebi que quando escutava mais as pessoas conseguia me comunicar melhor. Acho que entendia melhor as pessoas [...] (Curso I – Estudante 05. Fonte: GF).

Aprender a escutar as pessoas foi meu maior aprendizado, porque sou muito impulsiva e para escutar é necessário ter paciência e também respeitar a fala do outro. (Curso II – Estudante 08. Fonte: GF).

[...] escutar as pessoas me fez aprender bastante. Uma vez, em uma consulta com uma senhora com diabetes e insuficiência renal, o maior tempo foi eu escutando ela falar sobre os alimentos que ela podia e não podia comer e explicava o porquê, cientificamente. (Curso I – Estudante 02. Fonte: GF).

No estágio, ao escutar melhor as pessoas, percebi que escutar também é terapêutico, é consolador, sabe. Quantas vezes as pessoas chegam nas consultas muito mais querendo ser escutadas do que escutar. (Curso I – Estudante 03. Fonte: GF).

[...] escutar mais faz com que possa orientar melhor, além de ser terapêutico. Quem tem problema quer ser escutado, imagine no serviço de saúde, tantas pessoas com problemas, doenças, sofrimentos [...] (Curso II – Estudante 03. Fonte: GF).

[...] o exercício de escutar me ensinou a analisar melhor o que escuto, fazer um filtro para depois falar e então não falar besteira. (Curso II – Estudante 02. Fonte: GF).

As falas citadas revelam o aprendizado da escuta pelas estudantes, fruto da relação intersubjetiva construída com as pessoas no estágio curricular. Esta aprendizagem está associada à escuta como terapêutica, como forma de aprender com as pessoas e para comunicar-se melhor.

Para Matumoto e colaboradores (2002), a escuta nos serviços de saúde, acolhedora, com valorização das queixas, dispensando atenção e respeito pelo usuário, permite traçar estratégias de resolução do problema. A escuta qualificada é parte integrante do princípio da integralidade: “[...] o resgate da integralidade do cliente, implica no reconhecimento de sua subjetividade em interação com o profissional que o atende. Acolher o saber e o sentir do cliente, por meio de uma ‘escuta ativa’, é condição básica para um atendimento de qualidade [...]” (BRASIL, 1997, p. 13).

Assim, aprender a escutar para atuar na atenção básica representa não só a capacidade do profissional de propiciar um espaço para que o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação à sua situação de saúde e responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades deste, como também uma atitude de abertura ao diálogo para aprender com o outro, através de suas experiências e sentimentos.

III - Aprender a ser solidária

[...] de tudo que o estágio me ensinou, o que mais aprendi foi ser solidária, ajudar. Solidária com as pessoas que cuidam, com as colegas do estágio, com os profissionais. Eu acho que foi toda a diversidade que vivi, tão diferente do meu contexto de vida pessoal. (Curso I – Estudante 01. Fonte: GF).

[...] os sofrimentos das pessoas que presenciei mexeram muito comigo, muitas vezes, me sentia impotente e em outras horas me colocava no lugar daquela pessoa e tinha muita vontade de ajudar, claro, no que eu podia, que às vezes era pouco, mas com este pouco aprendi a ser mais solidária. Fiquei muito contente com o que fazia. (Curso II – Estudante 05. Fonte: GF).

Solidariedade é uma palavra muito bonita, que se diz para as pessoas terem atitudes de solidariedade, mas somente na prática, no dia a dia em contato com as dificuldades de vida das pessoas no estágio foi que percebi como se pode ser solidária, colaborar com as pessoas, ainda como estudante. (Curso II – Estudante 01. Fonte: GF).

[...] penso que solidariedade é ter atitude de ajudar o outro não só para resolver problemas, mas para ajudar a fazer um trabalho. Percebi isso ajudando a gerente da unidade a fazer o relatório de atividades para o Distrito Sanitário. Me senti útil. (Curso I – Estudante 06. Fonte: GF).

[...] foi no estágio que aprendi que ser solidária é ser cidadã. É uma atitude ética. Fiquei muito feliz em poder ajudar as pessoas. (Curso I – Estudante 03. Fonte: GF)

Os relatos apresentados mostram o sentimento de contentamento das estudantes em ter aprendido a ser solidárias, bem como os significados que as mesmas atribuem sobre ser solidária, de colaboração ao trabalho do outro, de atitude cidadã e ética e de se colocar no lugar do outro, diferente da sua condição.

Solidariedade é um termo polissêmico que adquire sentidos variados em diferentes culturas. Tem sua origem no latim *solidum*, sólido, o que leva ao sentido de ‘estar em bases sólidas’, significa estar com outros na mesma situação, partilhar interesses comuns, identificar-se com o destino do outro. Desse modo, solidariedade implica em uma relação de responsabilidade entre pessoas ligadas por interesses comuns, de forma que cada participante do grupo sinta a obrigação moral de apoiar o outro (STOTZ, 2003).

Selli, Garrafa e Junges (2008) discutem a importância da solidariedade enquanto valor principal para orientar os trabalhadores na área da saúde na sociedade brasileira, que possui elevados índices de pobreza e marginalização.

As falas das estudantes retratam tanto atitudes solidárias voltadas para *o estar com o outro* em uma dada situação problemática, como a reflexão sobre o fazer solidariedade no ambiente de trabalho, no sentido colaborativo, compreensões importantes para atuar na atenção básica, visto que neste âmbito da atenção deve-se desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação no âmbito individual e coletivo, no contexto do trabalho em equipe.

IV - Aprender a entender as relações de poder para atuar

O trabalho, no estágio, com os diversos profissionais me fez perceber as relações de poder existentes entre eles e como deveria agir com cada um deles. Assim, eu, estudante passando pouco tempo na unidade, precisava saber como as relações aconteciam, quem manda e quem obedece. (Curso I – Estudante 04. Fonte: GF).

[...] buscava na unidade sempre entender as relações de poder entre os profissionais para saber como me posicionar. Tinha muito cuidado, por ser estudante, não podia mandar. (Curso II – Estudante 05. Fonte: GF).

Durante o estágio na atenção básica, percebi que as relações de poder estão em todas as relações dos profissionais de saúde, entre os ACS, entre as auxiliares de enfermagem e delas com as enfermeiras, entre a dentista e a enfermeira e eu dentro de todas estas relações, que achei mais leve do que nos hospitais, onde faço estágio extracurricular. Acho que é pela hierarquia muito rígida de lá, que não é na unidade de saúde. (Curso I I – Estudante 08. Fonte: GF).

[...] as relações de poder na unidade de saúde não estavam apenas entre os profissionais, mas também entre os profissionais e os usuários. Assim, conforme seja a relação com o usuário, este poder pode ser autoritário ou compartilhado. (Curso I – Estudante 01. Fonte: GF).

[...] toda relação de poder é conflituosa. Senti isso na pele, quando fui trabalhar com os ACS. Pensei que por já ser quase enfermeira poderia definir algumas rotinas de trabalho com eles e não deu muito certo, porque logo me perguntaram que poder eu tinha para mudar isso, sem a enfermeira comunicar a eles. A verdade é que nas relações de poder é necessário compreendê-las para poder tomar qualquer atitude. (Curso I – Estudante 03. Fonte: GF).

[...] nas relações de poder, o poder pode ser dividido, depende como atuamos. Vivi isso no estágio, na capacitação de auxiliares de enfermagem, onde elas falaram muito e me ensinaram muito, não me posicionei com as pessoas como a que tinha o conhecimento e poder sobre elas, eu falo como deve fazer e elas fazem. Percebi esta relação no hospital, tudo é muito sistematizado e verticalizado. (Curso II – Estudante 06. Fonte: GF).

Os discursos citados demonstram o aprendizado das estudantes sobre o entendimento das relações de poder nos serviços de saúde, no estágio curricular, enfatizando a importância de compreendê-las, no sentido de quem e porque manda e quem e porque obedece, para atuar profissionalmente. As estudantes destacam, nas relações de poder, questões como: a importância do compartilhamento do poder nas relações profissionais, as formas e contextos de exercício do poder e como atuar frente a estas situações. Destacam, ainda, a posição delas na qualidade de estudante no contexto das relações hierárquicas existentes nos serviços de saúde.

Foucault (2006) afirma ser o poder uma relação de forças, e, como relação, estará em todas as partes, atravessa as pessoas, não podendo ser considerado (o poder) independente delas. O poder não se limita a aspectos institucionais e organizacionais e a formas econômicas, relações de classe, status, prestígio ou desempenho de papéis sociais; ele está presente em todas as relações na rua, na família, nas relações afetivas ou de amizade, não somente reprimindo e destruindo o outro, mas também produzindo efeitos de verdade e saber, constituindo verdades, práticas e subjetividades.

As falas das estudantes expressam a comparação das relações de poder: na unidade de saúde, mais flexíveis, e nos hospitais, mais rígidas. Esta distinção entre as relações de poder está associada com o modelo de atenção à saúde desenvolvida nestas distintas organizações. Na unidade básica, com o processo de reorganização das práticas de saúde no modelo da vigilância à saúde, o enfoque é no trabalho coletivo, multiprofissional, de construção de vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade para enfrentamento dos problemas, logo, deve-se exercitar o compartilhamento do poder nas relações de trabalho. No hospital, o modelo biomédico centra as práticas de saúde nas condutas médicas, e deste modo concentra o poder em uma categoria profissional, além de estabelecer uma hierarquização das relações, o que reforça o distanciamento entre as classes dominantes e dominadas.

Conforme Foucault (2006), o exercício do poder produz efeitos de verdade e saber, constituindo verdades, práticas e subjetividades. As falas das estudantes relatam as formas de exercício do poder no processo de trabalho, que podem resultar no empoderamento dos sujeitos (profissionais e usuários), a partir do compartilhamento deste poder, através da escuta, diálogo, ação e produção de subjetividades a fim de garantir os direitos da cidadania.

Aprender a entender as relações de poder para atuar na atenção básica permite a reflexão sobre estratégias do exercício do poder que possibilite o compartilhamento deste poder nas relações interpessoais (profissionais e usuários) para a co-responsabilização da atenção à saúde e a resolução do problema de saúde, tanto na esfera individual quanto coletiva.

V - Aprender a desenvolver atitudes de articulação

[...] o estágio na atenção básica por envolver trabalho com comunidade, famílias, com vários profissionais, me demandou a necessidade de fazer articulações, assim, identificar um problema, uma necessidade e discutir com as enfermeiras, ACS e outros profissionais para pensar junto. (Curso II – Estudante 05. Fonte: GF).

[...] aprendi a articular ações neste estágio, em quase tudo que fiz, pois não fazia nada só. A organização da campanha de vacina, por exemplo, necessitou de muita articulação com os espaços da comunidade para ser posto de vacina, além do apoio da comunidade na divulgação da campanha. (Curso I – Estudante 03. Fonte: GF).

Fazendo o estágio na atenção básica, entendi quantos conhecimentos temos que ter e como eles estão ligados, articulados. Veja só, nas atividades educativas tinha que saber sobre o tema e como fazer a atividade, planejar

material, motivar as pessoas, pensar na metodologia [...] (Curso I – Estudante 06. Fonte: GF).

[...] articular as atividades, como elas serão feitas, quem, quando, dividir tarefas, foi um exercício que aprendi no estágio. Quem tem mais esta capacidade, consegui que as coisas acontecessem, tornar-se líder. (Curso II – Estudante 03. Fonte: GF).

Os relatos das estudantes demonstram aprendizagens relacionadas a habilidades de articulação de ações e conhecimentos na atenção básica.

A atenção básica, enquanto âmbito da atenção à saúde que desenvolve ações relacionadas ao processo saúde-doença e seus determinantes, é necessária, no trabalho em equipe, a articulação de saberes técnicos e populares entre segmentos institucionais e comunitários, para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde.

A articulação no trabalho em equipe, para Peduzzi (1998; 2001), consiste em momentos em que os profissionais ativamente colocam em evidência as conexões existentes entre as distintas ações e os variados conhecimentos técnicos.

Assim, no trabalho em equipe, atuar na atenção básica requer capacidade de articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, para enfrentar situações do processo de trabalho, que envolve tanto a dimensão cognitiva (saber), como a compreensiva (relacionar o conhecimento com o contexto).

A discussão das aprendizagens relacionais e afetivas ligadas ao desenvolvimento pessoal, (re)construídas pelas estudantes de enfermagem no estágio curricular para atuar na atenção básica, mostra a relevância da inserção das mesmas em situações reais de trabalho, tanto para a sua formação pessoal, uma vez que as experiências vividas nas relações intersubjetivas provocaram a articulação de aprendizagens significativas, como para a sua auto-formação, visto que envolve a construção de uma identidade profissional e pessoal (NÓVOA, 2003; SILVA, 2007).

Neste sentido, Charlot (2001) coloca que a aprendizagem e a formação constituem-se em uma aproximação do sujeito com o mundo, com os outros e consigo. Desta maneira, a inserção das estudantes em situações práticas da atuação da enfermeira na atenção básica, através do estágio, permitiu-lhes, no seu processo formativo, conhecer e atuar neste âmbito da atenção, bem como construir e (re)construir aprendizagens para o trabalho, como para o crescimento pessoal.

4 LIMITES DO ESTÁGIO CURRICULAR PARA A FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A unidade temática de análise refere-se aos limites do estágio curricular para a formação da enfermeira na atenção básica à saúde. Apesar da discussão destes limites não estar prevista, inicialmente, nos objetivos da pesquisa, considerou-se necessário analisá-los devido à ênfase dada pelas estudantes nos grupos focais. Além dos limites, serão discutidas questões silenciadas nos discursos das estudantes, referentes à formação para atuação na atenção básica e a alguns estudos acerca do tema.

É importante destacar que a discussão dos limites do estágio curricular não tem o objetivo de apontar as dificuldades dos contextos de trabalho na atenção básica para a formação, e sim contribuir para a discussão conjunta entre serviço de saúde e universidade sobre a potencialidade formativa dos serviços de saúde e os saberes e práticas acerca dos processos de formação em saúde, em busca de caminhos para a transformação destes processos.

A formação de recursos humanos em saúde tem sido reconhecida como uma área crítica do processo de reorientação dos sistemas de saúde. A construção do SUS se defronta com antigos problemas e novos desafios junto aos processos de formação e capacitação de pessoal de todos os níveis (TEXEIRA; PAIM, 1996).

Para Gil e colaboradores (2008), o impacto da criação do SUS e da expansão da atenção básica - alavancado pela implantação da Saúde da Família, como projeto de reorientação e reorganização dos serviços e das práticas profissionais com vistas à mudança do modelo de atenção à saúde, - evidenciou o descompasso entre o ensino da área da saúde em geral e as necessidades de saúde da população brasileira. Os autores afirmam que, ao longo do tempo, tem-se constatado que o perfil de atuação dos profissionais de saúde não tem sido suficientemente adequado para um trabalho na perspectiva da saúde como produto social e, tampouco, para um cuidado integral e equânime.

O descompasso entre a formação e as práticas profissionais para a consolidação do SUS está associado a: formação predominantemente centrada nos hospitais; dissociação entre a formação e os princípios e diretrizes do SUS; desarticulação entre a formação clínica e as necessidades de saúde da população e enfoque eminentemente

técnico, especializado e fragmentado dos conteúdos inerentes à formação (CAMPOS; AGUIAR, 2002; ALMEIDA, 1999).

Com o objetivo de reduzir o distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde, os Ministérios da Educação e da Saúde lançaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, em 2005, como iniciativa de aproximar a formação de graduação no País às necessidades da atenção básica.

Neste sentido, Carvalho (2002) coloca que o desafio dos processos de formação em saúde é buscar construir um novo paradigma de atuação profissional, caracterizado pela necessidade de uma interpretação mais complexa dos fenômenos da saúde e da doença, pela interdisciplinaridade do conhecimento, intersetorialidade das práticas, integralidade da atenção e pela promoção à saúde.

Campos (2005) aponta algumas diretrizes necessárias para a formação na atenção básica: desenvolvimento do trabalho em equipe interdisciplinar; discussão sobre a responsabilidade sanitária de um território e construção de vínculo; estratégias de abordagem do sujeito, da família e do seu contexto, a busca da integralidade e a reformulação do saber e da prática tradicional em saúde. Esta reformulação consiste na ampliação do saber clínico, com a incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos do conhecimento que permitam aos trabalhadores de saúde lidar com a complexidade do processo saúde e doença, incorporando o social e o subjetivo, bem como fazer a gestão do trabalho em equipe e em sistemas de rede.

Desta forma, estas diretrizes da atenção básica à saúde evidenciam o grande desafio dos processos formativos em saúde em superar a forma restrita do cuidado com enfoque na doença, na “queixa principal”, pela integração dos saberes da clínica, que dimensiona o caráter individual e subjetivo da doença, com os saberes da epidemiologia, da medicina social e coletiva, das ciências humanas, entre outras.

Para isso, Campos (2005) defende que a formação dos profissionais de saúde para atenção básica precisa ir além das práticas atuais e avançar no delineamento dos possíveis cenários sociais, nos quais estarão inseridos os atuais estudantes, identificando as diferentes necessidades de saúde da população, visando ampliar o foco da formação profissional.

Com relação à formação de enfermeiras(os) para o âmbito da atenção básica, Rizzoto (1999) coloca que a relação desses profissionais com a saúde pública se dá desde o início da história da Enfermagem no Brasil, no ano de 1922, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, e se fortaleceu com a participação da(o)

enfermeira(o) na Atenção Básica, por tratar-se de um profissional historicamente marcado pelo compromisso com a saúde pública, que atua na maioria das ações, conforme Portaria nº 648/GM/2006.

Kalinowski (2004) coloca que na saúde, e conseqüentemente na enfermagem, a formação e a atuação profissional organizam-se com base em dois pólos distintos, cujos objetos, saberes e práticas de intervenção também são distintos: o modelo clínico, voltado para a recuperação do doente, e o modelo epidemiológico, voltado para a apreensão coletiva do processo saúde-doença. Para a autora, as(os) enfermeiras(os) atuantes na atenção básica devem desenvolver práticas que influenciem nos determinantes sociais do processo saúde-doença e encontrar coletivamente estratégias que possibilitem intervir na realidade social dos indivíduos, grupos, famílias e comunidade.

Assim, os processos formativos no âmbito da atenção básica devem enfatizar as necessidades sociais de saúde, com foco nos princípios do SUS e no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação no âmbito individual e coletivo. Neste sentido, a inserção de estudantes de enfermagem no campo da atenção básica por meio do estágio curricular possibilita, no contexto das situações reais de trabalho, atuar no processo saúde-doença, na dimensão individual (cidadão) e coletiva (família e comunidade), integrado à realidade epidemiológica e social.

Contudo, as falas das estudantes apontam alguns limites para a formação profissional na atenção básica, que podem estar relacionados aos problemas contextuais em Salvador, ao que é pouco enfatizado pelos cursos, mas, sobretudo, deixam transparecer uma visão muito limitada em relação à própria concepção de atenção básica à saúde. As estudantes não colocaram críticas em relação ao modelo de atenção à saúde, que continua muito centrado no atendimento clínico individual, fragmentado, hierarquizado e com baixo poder de resolução dos problemas que afetam a população usuária dos serviços de saúde, bem como não eram estimuladas a compreender e buscar formas de intervir nos problemas de saúde, de uma maneira mais ampla, a partir de uma visão integral desses problemas e das suas soluções. Desta forma, as estudantes apresentaram, como maior satisfação em relação ao estágio curricular, o bom desempenho em consultas e outras ações individualizadas, previstas nos protocolos clínicos de atendimento disponíveis nas unidades de saúde (compreende-se a importância desse tipo de atendimento, o que se critica é a excessiva ênfase).

O discurso das estudantes demonstra pouca reflexão em relação à potencialidade da atenção básica para uma atuação humanizada e comprometida com a resolução dos graves problemas que afetam a saúde da população e com a compreensão mais ampla da(o)

enfermeira(o) como um profissional estratégico nessa luta. Entretanto, em que pesem essas questões relacionadas à compreensão das possibilidades da atenção básica de saúde, algumas estudantes apontaram como limites do estágio curricular dois temas que são fundamentais para a implementação da política de atenção básica, são eles: desarticulação do trabalho em equipe multiprofissional e das ações gerenciais, conforme abordagens a seguir transcritas.

I - Limites no desenvolvimento do trabalho multiprofissional

Realizando as consultas de enfermagem nos programas de saúde, no estágio, percebi que as enfermeiras e os demais profissionais desenvolvem as ações que lhes competem, isoladamente, seguindo o protocolo específico. As ações são fragmentadas desde o seu planejamento na unidade, onde cada profissional programa seus atendimentos em um momento específico. [...] não há diálogo entre os profissionais. (Curso I – Estudante 05. Fonte: GF).

No estágio curricular pude perceber que cada profissional, incluindo as enfermeiras, desenvolve suas ações sem comunicação com os demais, muitas vezes o planejamento acontece conjuntamente, nas reuniões de equipe, mas, na hora da execução, um ou dois profissionais realizam. (Curso II – Estudante 07. Fonte: GF).

Eu pensava que por estarem todos os dias os profissionais juntos na unidade, a interação do trabalho multiprofissional fosse mais fácil de acontecer. Me enganei redondamente, pois durante todo o estágio apenas realizei uma atividade com a equipe de saúde bucal. Mas também realizei muitas atividades com os agentes comunitários de saúde, dentro e fora da unidade. (Curso I – Estudante 01. Fonte: GF).

Pela lógica do trabalho da atenção básica com famílias e comunidades, pensei que todos os profissionais trabalhassem junto com as famílias. Somente percebi as enfermeiras trabalhando com os agentes comunitários de saúde, mesmo assim pouco, somente nas visitas domiciliares. (Curso II – Estudante 04. Fonte: GF).

Senti muita falta no estágio da interação multiprofissional. Nas reuniões com a gerência da unidade, definiam-se muitas atividades conjuntas, depois, daí a duas semanas, cada profissional em seus consultórios e um ou outro profissional desenvolvia as ações ou nenhuma ação planejada, era realizada. (Curso II – Estudante 03. Fonte: GF).

Eu percebi interação entre a enfermeira e o médico, apenas no momento da visita domiciliar, pois, quando chegávamos, discutíamos com eles o que tínhamos realizado. (Curso I – Estudante 02. Fonte: GF).

Neste período de três meses que realizei o estágio, pude perceber que o trabalho entre os profissionais acontece conjuntamente, quando este tem

uma relação de amizade, entre aspas, quando se dão bem, entre aspas, quando não se tem este tipo de relacionamento, o trabalho do outro profissional é indiferente. (Curso I – Estudante 07. Fonte: GF).

Os relatos supracitados demonstram que, na realização das ações de saúde na atenção básica, as estudantes não desenvolveram um trabalho multiprofissional. As falas apontam a existência de uma fragmentação do trabalho da equipe, onde cada profissional desenvolve suas ações específicas, havendo pouco ou nenhum espaço para a construção coletiva de projetos de cuidado, de ações no território, ou até mesmo de problematização das situações de trabalho. Observa-se também a ineficácia do planejamento das ações de saúde, em virtude da falta de interação dos profissionais na realização do mesmo e de articulação das ações.

Esta fragmentação do trabalho em saúde na atenção básica decorre, possivelmente, da intensa divisão social e técnica do trabalho na área de saúde, resultado de um processo de especialização, compartimentalização e territorialização do saber tributário ao modelo de saúde hospitalocêntrico, centrado na clínica e na figura nuclear do médico na equipe. A formação acadêmica em saúde não tem fugido a essa regra, gerando profissionais com uma visão reducionista e fragmentada do processo saúde-doença.

Um estudo realizado sobre o consenso e diferenças em equipes do PSF mostrou que competências e responsabilidades foram assuntos que promoveram segmentação entre grupos e subgrupos na equipe de saúde, isto porque a equipe não se auto-considera um coletivo integrado e organizado para a produção de ações de saúde (PEDROZA, 2001).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e a reabilitação devem ser desenvolvidas sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (território-geográfico), considerando a dinamicidade existente neste território-processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária.

Assim, o trabalho em saúde é considerado um trabalho coletivo. Sobre o trabalho em saúde, Pires (2000) coloca que é realizado por profissionais de diversas áreas de conhecimento, os quais, por meio dos seus saberes específicos, buscam atender às necessidades de saúde do ser humano, seja de forma individual ou coletiva. Nesse meandro do processo de produção em saúde, o trabalho multiprofissional configura-se como a relação recíproca entre as intervenções técnicas em saúde a partir da interação entre os trabalhadores das diferentes áreas profissionais da saúde e torna-se imprescindível quando se fala em atenção básica à saúde (PEDUZZI, 1998; 2001).

Almeida e Mishima (2001) colocam que, se esta interação não ocorrer, corre-se o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos. Para tanto, é necessário exercer a flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e melhor interação da equipe.

Com relação à autonomia, Liberalino (2006) e Peduzzi (1998) colocam que o trabalho em saúde não ocorre isoladamente, que nenhum profissional atua sozinho, havendo sempre uma relação de interdependência (não de subordinação) entre eles, e que é exatamente nessa relação que o grau de autonomia de cada um deve ser negociado. Entende-se, dessa forma, que a autonomia é sempre relativa, não havendo a possibilidade da autonomia absoluta. O cuidado exige atitudes colaborativas e não de competitividade. As atitudes colaborativas devem envolver desde o usuário até as relações e interações com outros profissionais ou com outros setores que também interferem nos processos de cuidar/curar e que não estão todos, necessariamente, dentro da área da saúde.

Para Peduzzi (1998, p. 88), para ocorrer a interação multiprofissional é preciso que haja articulação de ações e interações entre os agentes a partir de um plano comum ou “projeto assistencial” previamente definido pelos membros da equipe em livre discussão sobre quais são os problemas e quais devem ser os objetivos da ação coletiva. Desta forma, a fragmentação das atividades profissionais na atenção básica vividas pelas estudantes no estágio curricular não permitiu o exercício de uma efetiva atuação multiprofissional, nem tampouco o desenvolvimento de ações interdisciplinares, o que constitui em uma limitação dos estágios na formação profissional, uma vez que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar figura entre os princípios da atenção básica.

Para reverter este contexto, são necessárias mudanças no modelo de atenção à saúde, para que a autonomia de cada profissional seja assegurada pela legitimidade do conjunto de competências ou saberes e pela compreensão da interdependência entre os distintos profissionais na execução das ações, em prol das ações integrais em saúde.

Vale ressaltar, ainda, que na análise dos documentos organizativos do estágio curricular dos dois cursos de graduação em enfermagem identificou-se que apenas 01 curso define, como atividade de aprendizagem do estágio, a interação das estudantes com os profissionais da equipe numa perspectiva do trabalho multiprofissional.

Acredita-se então, como frisa Boff (1999), que é necessário (re)construir, nos espaços de formação e de capacitação contínua, uma nova visão sobre a integração no trabalho de equipe para que possamos pensar no cuidado à saúde como, mais que um ato, uma atitude.

II - Limite no desenvolvimento de ações gerenciais

Durante o estágio priorizei tanto os atendimentos nos programas, porque realizei muito pouco durante o curso, que quase não realizei atividades gerenciais, como acompanhar o trabalho dos ACS. Também, a gente vem com tanta sede de aprender a atender que acaba se concentrando nesta atividade, juntamente com a preceptora. (Curso II – Estudante 07. Fonte: GF).

Minha prioridade no estágio era atender; porque tinha medo, quase não fiz atendimentos durante toda a graduação, não sabia e queria muito aprender as consultas. Minha preceptora me incentivou muito nesta atividade e aí fiz pouco as outras atividades. (Curso I – Estudante 04. Fonte: GF).

Tinha muito receio de atender nos programas de saúde, então, quando comecei a atender junto com a preceptora, passei a me dedicar mais ao atendimento e realizei muito pouco as outras atividades. (Curso I – Estudante 05. Fonte: GF).

[...] com as demandas de atendimento dos programas e visita domiciliar com os ACS, não pude realizar muitas atividades gerenciais, apenas organizar a campanha de vacinação. (Curso II – Estudante 06. Fonte: GF).

[...] Várias vezes no estágio deixei de fazer atividades gerenciais para atender à demanda imensa de pessoas nos programas. A única atividade gerencial que fiz foi supervisionar a sala de imunização. (Curso I – Estudante 03. Fonte: GF).

[...] das poucas atividades de gerência que realizei, a que mais gostei foi consolidar os registros dos ACS na ficha SSA2 do SIAB, porque foi possível fazer uma pequena avaliação do trabalho deles. (Curso I – Estudante 01. Fonte: GF).

Senti falta no estágio de acompanhar mais de perto as técnicas de enfermagem na sala de curativo e imunização, ficava tanto nos atendimentos que quase não sobrava tempo para as outras atividades. (Curso II – Estudante 02. Fonte: GF).

No estágio, pouco pude acompanhar mais de perto o trabalho dos ACS, somente durante as visitas domiciliares, estava muito dentro da unidade em atendimento com a preceptora. (Curso II – Estudante 08. Fonte: GF).

No estágio, fiz planejamento, não pude fazer nenhuma atividade de avaliação dos serviços da unidade, apenas a análise do cumprimento das metas da vacinação. (Curso I – Estudante 06. Fonte: GF).

Os discursos apresentados mostram que as estudantes realizaram poucas ações gerenciais na atenção básica durante o estágio curricular, fato que pode estar relacionado a

duas questões, quais sejam, a não priorização destas ações no desenvolvimento do estágio e a definição pouco clara das funções gerenciais da enfermeira no âmbito da atenção básica de saúde. A não priorização das ações gerenciais no estágio pode estar associada a algumas questões como a insegurança das estudantes no atendimento às ações programáticas previstas nos protocolos clínicos dos programas de saúde e a pouca ênfase que a organização do estágio (ementa e cronograma de atividades) dá para essas ações.

Com relação à insegurança das estudantes para o atendimento individual (consultas) previstos nos protocolos clínicos dos programas de saúde, nota-se que ocorre devido tanto ao número reduzido de práticas realizadas em etapas anteriores da graduação, no âmbito da atenção básica, que causa o sentimento de insegurança e desperta o interesse elevado por promover o aprendizado em realizar consultas, como também pelo enfoque dado pelas enfermeiras preceptoras ao atendimento individual em relação a outras ações, entre elas, as de gerenciamento de processos de trabalho no âmbito da atenção básica.

Vale ressaltar que no período que se desenvolveu o estágio vivenciado pelas estudantes participantes da pesquisa, a demanda de atendimento nas unidades básicas e de saúde da família aumentou para as enfermeiras e, em consequência, para as estudantes, em virtude da ausência de alguns profissionais por término do contrato de trabalho e pela falta de contratação de novos profissionais. Acredita-se que este fato possa ter influenciado as prioridades do estágio curricular nesse contexto, mas pela nossa experiência e por outros estudos (FAGUNDES et al, 2008), percebe-se que, com maior ou menor grau, a ênfase dos estudantes tem sido sempre no atendimento clínico individual, pelas razões já apontadas anteriormente.

Discutindo a ênfase no atendimento clínico e tecnicista da formação dos profissionais de saúde, Feuerwerker e Sena (1999) apontam que o processo de formação deve ser contextualizado, deve levar em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população e possibilitar aos estudantes o enfrentamento dos problemas do processo saúde/doença da população. Para isso a construção da proposta pedagógica deve buscar o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social, além de estimular uma atuação interdisciplinar, multiprofissional que respeite os princípios do SUS.

O enfoque no atendimento individual na atenção básica pelos profissionais, e, por conseguinte, pelas estudantes, decorre ainda da priorização da dimensão biológica e da intervenção clínica do processo saúde-doença, restringe a intervenção baseada em ações coletivas nesse processo e dificulta o trabalho multiprofissional.

No que tange a pouca ênfase que a organização do estágio dispõe para as ações gerenciais, constata-se, na análise documental das ementas e cronogramas de atividades da disciplina e estágio curricular em rede básica dos dois cursos, que não há detalhamento das ações gerenciais que as estudantes devem realizar no estágio, como há o detalhamento das ações assistenciais dos programas, o que revela a priorização do atendimento clínico individual na organização da referida disciplina.

No que diz respeito a pouca definição das funções gerenciais da enfermeira no processo de trabalho da atenção básica, a política nacional da atenção básica define como atribuições gerenciais específicas da enfermeira: participar da organização do serviço e planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e técnicos de enfermagem. Como se pode observar, no texto do documento legal que rege a atenção básica de saúde no país, existe uma ampla gama de ações gerenciais que podem ser exercidas pela enfermeira e sabe-se também sobre a importância estratégica da área gerencial na reorganização da atenção à saúde. Com isso não se quer dizer que as ações gerenciais devam ser priorizadas em relação às de atenção aos problemas de saúde dos indivíduos, o que se quer chamar a atenção é para a necessidade de um melhor equilíbrio entre essas ações e uma definição mais precisa do que compete às enfermeiras na organização e gerenciamento dos serviços de atenção básica. Acredita-se que o estágio curricular, por envolver a universidade e os serviços de saúde, poderia contribuir significativamente nesse processo.

O estudo de Passos e Ciosak (2006) a respeito da concepção dos enfermeiros quanto aos elementos constitutivos do processo de trabalho gerencial em UBS identificou que as enfermeiras desenvolvem ações gerenciais voltadas para o acompanhamento e avaliação das técnicas de enfermagem na sala de vacina e exame do pezinho, na sala de curativo e na farmácia; acompanham e avaliam as atividades dos ACS, nas visitas domiciliares e no consolidado dos registros no sistema de informação (SIAB), e constroem rotinas para a organização do serviço, como agendamento de consultas e realização de curativos, para além de elaborar escalas de distribuição das técnicas de enfermagem.

Para estas autoras, gerenciar é um processo de trabalho na organização de serviços de saúde, que implica na tomada de decisões que afetam a estrutura, o processo de produção e o produto de um sistema, visando a ações que possibilitem não só intervenções impactantes no processo de trabalho em saúde, mas também a satisfação das necessidades de saúde da população.

Ressaltam Rossi e Silva (2005) que no processo de trabalho da enfermagem tem-se o gerenciamento do cuidado, que ocorre por meio de ações diretas do profissional enfermeiro

com o usuário, por delegação e/ou na articulação com outros profissionais da equipe de saúde. O enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, quando o delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ou seja, gerencia todas as atividades realizadas para que se concretizem melhorias no cuidado.

Desta forma, as ações gerenciais que competem às enfermeiras na atenção básica são diversificadas. Para Kalinowski (2004), é fruto de uma visão institucional segundo a qual a categoria profissional é competente e deve assumir as ações gerenciais que acontecem na unidade de saúde. A autora ressalta que as ações gerenciais asseguram às enfermeiras um exercício de poder, pois quase tudo que acontece no serviço é de seu conhecimento, tornando-se assim uma referência dentro do serviço. Para Nauderer e Lima (2008), a diversidade do trabalho gerencial das enfermeiras refere-se tanto às ações junto aos usuários, como às relacionadas à equipe de trabalho.

Diante do exposto, a pouca realização de atividades gerenciais no estágio curricular representa um limite na formação da enfermeira na atenção básica.

Os limites de desenvolvimento do trabalho multiprofissional e de ações gerenciais apresentados nas falas das estudantes que realizaram o estágio curricular em rede básica, quando na graduação de enfermagem, apontam para a necessidade de uma construção conjunta, serviço de saúde e academia, da proposta pedagógica do estágio na formação profissional alinhada às necessidades da formação para o SUS e realidade das situações de trabalho na atenção básica em saúde.

Além dos limites do estágio curricular na formação para atenção básica, identificados nos discursos das estudantes, algumas questões relacionadas à formação neste âmbito de atenção foram silenciadas nestes discursos, como: ações de vigilância à saúde, ações intersetoriais, ações de educação permanente em saúde, ações de controle social e (des)integração ensino-serviço que serão discutidas a seguir.

A. Ações de vigilância à saúde

O silêncio das estudantes com relação às ações de vigilância à saúde aponta para a pouca compreensão das mesmas sobre a inserção da vigilância à saúde no cotidiano das práticas de atenção básica à saúde.

A Vigilância à Saúde é uma proposta de modelo de atenção que tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, bem como a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. Deve fazer parte das práticas das equipes de saúde de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

A pouca compreensão das estudantes sobre a vigilância à saúde na atenção básica decorre da fragmentação das ações ligadas aos programas de saúde, onde os profissionais desenvolvem ações programáticas específicas em relação às faixas etárias da população; ou agravo, muitas vezes, sem planejamento ou estudos para adequar as ações às necessidades locais.

Para Merhy (2007), esta fragmentação é reforçada pelo centramento das ações em procedimentos previstos nos protocolos clínicos e não no contexto do indivíduo, família e comunidade, contraditório com as premissas da vigilância à saúde. Vale ressaltar que os registros e avaliações dos sistemas nacionais de informação em saúde reforçam também esta visão de procedimentos em lugar do cuidado.

Nas falas das estudantes não são colocadas experiências de realização de ações voltadas para a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, o que contribui para a pouca compreensão da vigilância à saúde na atenção básica e se constitui em uma limitação para a formação neste âmbito da atenção, visto que o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde é de responsabilidade de todos os profissionais que atuam na atenção básica.

Desta forma, faz-se necessária uma mudança significativa no processo de formação e atuação profissional para responder ao novo modelo que se pretende construir, o da vigilância à saúde.

B. Ações intersetoriais

Nas falas das estudantes não foi mencionado o desenvolvimento de atividades intersetoriais durante o estágio curricular em rede básica, o que pode revelar a pouca realização destas atividades nas unidades básicas de saúde que foram campo de estágio. A intersetorialidade significa, segundo a OMS (1997), a relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema, visando alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só.

Assim, é necessário que os profissionais de saúde compreendam a necessidade de trabalhar institucionalmente a intersetorialidade nas ações e intervenções do setor saúde em aliança com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às necessidades da população.

Texeira e Paim (2000), em seu estudo sobre as ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida em saúde bucal, apresentaram que os profissionais apontaram como dificuldades para a realização destas ações a dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores, o comprometimento e envolvimento setorial, a sustentabilidade das ações, além da inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersetoriais. Contudo, é importante ressaltar que esta questão está muito mais relacionada com o exercício do poder e os conflitos de interesse dos sujeitos e instituições envolvidas do que necessariamente com questões de tempos institucionais ou falta de protocolos.

A política nacional de atenção básica tem como um dos seus princípios gerais a intersetorialidade para o enfrentamento da complexidade do processo saúde/doença, por isso a importância da participação de estudantes em formação na realização das ações intersetoriais.

C. Ações de educação permanente em saúde

Outra questão silenciada nos discursos das estudantes foram as ações de educação permanente em saúde na atenção básica, previstas nos cronogramas de atividades do estágio dos dois cursos de graduação.

A educação permanente faz parte do campo de atuação profissional das enfermeiras, juntamente com atividades assistenciais, gerenciais e de pesquisa. Na atenção básica, a responsabilidade dos processos de supervisão, coordenação e realização de atividades de educação permanente amplia-se para além da equipe de enfermagem, para os ACS. Desta forma, é muito importante a participação das estudantes em ações de educação permanente com técnicos de enfermagem e ACS, com o objetivo de possibilitar a construção de processos educacionais nos quais sejam utilizadas metodologias facilitadoras e mediadoras da aprendizagem que permitam a criação, a crítica e a reflexão das práticas em saúde.

Para Ceccim (2005), o sentido da educação permanente em saúde consiste, ao mesmo tempo, em uma disputa pela atualização cotidiana das práticas profissionais inseridas

em situações reais de trabalho, em suas necessidades de construção de relações e processos, que vão do interior das equipes em atuação conjunta às práticas organizacionais e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais.

D. Ações de controle social

Foi silenciada nos relatos das estudantes a participação das mesmas em espaços de controle social, como reuniões com diferentes segmentos da comunidade, reuniões com conselhos locais ou distritais, o que pode representar a pouca articulação das estudantes com estes espaços de participação social durante o estágio. Vale ressaltar que dos dois cursos desta pesquisa, apenas um curso apresenta o desenvolvimento do controle social como atividade de aprendizagem do estágio.

Para o desenvolvimento do exercício do controle social, enquanto princípio do SUS, faz-se necessária a motivação, para que indivíduos, usuários e profissionais de saúde se tornem sujeitos sociais na luta em defesa da saúde. As enfermeiras podem exercer papel importante na construção e no fortalecimento do controle social, principalmente, atuando na atenção básica à saúde, pois estão em contato direto com a população usuária dos serviços e possuem, como competência da função, papel articulador tanto das atividades realizadas, quanto dos diferentes trabalhadores envolvidos no processo de produção das ações de saúde. Enquanto realizam suas funções gerenciais, educativas e de cuidados básicos, as enfermeiras podem contribuir diretamente na busca do controle social efetivo.

Para Cecim e Feuerwerker (2004), o controle social constitui-se um dos quadriláteros da formação para área da saúde. A imagem do quadrilátero da formação, para os autores, serve para orientar a construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social.

A inserção do controle social nos processos formativos tem a pretensão de possibilitar condições de atendimento às necessidades de saúde das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionado ao desenvolvimento da autonomia das pessoas e do exercício de influenciar na formulação de políticas do cuidado (CECIM; FEUERWERKER, 2004).

D. (Des)integração ensino-serviço

Durante a análise dos dados, outra questão silenciada nos discursos das estudantes foi a (des)integração IES e serviços de saúde. Entende-se o estágio curricular como um espaço no currículo que pode reforçar esta integração, uma vez que possibilita a inserção dos estudantes no contexto real dos serviços de saúde. Contudo, no discurso das participantes nota-se a fragilidade desta integração, visto que o planejamento, desenvolvimento e avaliação do estágio não são construídos conjuntamente para atender às necessidades da formação e às necessidades dos serviços. Segundo Gil e colaboradores (2008), a fragilidade do processo de articulação ensino-serviço que consolide a parceria ocorre devido à falta de mecanismos mais perenes tanto na IES como nos serviços.

Para Charelli (2002), a articulação ensino-serviço constitui-se em uma importante estratégia para efetiva integração entre teoria e prática, a qual deve também se colocar a serviço da reflexão da realidade, fazendo com que o estudante elabore a crítica e busque soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados, com compromisso e responsabilidade.

Contudo, os discursos analisados apontam que os estágios curriculares desenvolvidos nos serviços de atenção básica à saúde pouco têm contribuído para a melhoria da integração ensino-serviço. Notou-se que, para as estudantes, os campos de estágio significavam apenas um local para o aprendizado de procedimentos, desvinculados da atenção básica no contexto do SUS.

Assim, a forma como os estágios curriculares são desenvolvidos nos serviços de saúde pouco permite a integração ensino-serviço. Esta integração concretiza-se nas relações dialógicas estabelecidas entre os sujeitos que vivem o mundo da escola e o mundo do trabalho em saúde. Segundo Koeche (2006), estas relações devem ser construídas de maneira coletiva e participativa.

Corroboram com esta perspectiva de construção coletiva das estratégias de interação entre as IES e serviços de saúde Guizardi e colaboradores (2006), quando colocam a necessidade de espaços para debate coletivo sobre processos de interação, sem restrição da possibilidade de desconstruir aspectos enrijecidos das instituições de educação e saúde. Para os autores, neste processo de interação existem conflitos de interesses: de um lado os estudantes que chegam da graduação com o interesse em atuar profissionalmente imbuídos de uma concepção medicalizada e hierarquizada das relações de trabalho e prestação da

assistência; do outro lado, as equipes dos serviços de saúde interessadas com o interesse em que a IES ajude a resolver toda a demanda que chega às unidades.

Estes autores fazem, ainda, uma crítica aos instrumentos formais produzidos em função da interação ensino-serviço, os convênios, que incorporam as relações contratuais formais de acesso à rede serviços (unidades básicas de saúde, ambulatórios, hospitais), para servirem de campo de estágio e focam, basicamente, a definição de contrapartidas materiais. Com isso, estes convênios devem abordar mecanismos formais de pactuação/negociação permanentes entre as EIS e a gestão local dos serviços de saúde, que auxiliem não só a repensar a lógica dos processos pedagógicos formativos, das práticas profissionais, mas também tensionar os fluxos de informação e tomada de decisão nas instituições.

Desta forma, os estágios curriculares podem constituir-se em espaço potencializador dos processos de interação ensino-serviço, a partir da realização conjunta IES e serviços de saúde, no tocante a planejamento, desenvolvimento e avaliação dos estágios, inseridos nas situações reais do mundo do trabalho, no intuito de melhor integrar as demandas das IES com a realidade do SUS.

Discutir os limites do estágio curricular para a formação da enfermeira na atenção básica à saúde possibilita compreender tanto os limites das universidades como dos serviços de saúde na formação para atenção básica com foco nas necessidades sociais e de saúde da população, bem como refletir sobre as potencialidades do estágio curricular como espaço de repensar as práticas profissionais por estudantes na graduação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisa o que expressam as aprendizagens construídas e (re)construídas pelas estudantes de enfermagem, a partir das experiências vividas no desenvolvimento do estágio curricular na atenção básica. Analisou-se, assim, de que forma o estágio curricular na atenção básica, enquanto espaço de aprendizagem, contribui para a formação profissional e pessoal das estudantes para a atuação neste âmbito da atenção.

Com relação ao papel do estágio curricular na formação profissional, esta pesquisa apresentou o potencial formativo do estágio na rede básica, proporcionado pelas experiências vividas pelas estudantes de enfermagem nos serviços de atenção básica à saúde. Segundo Canário (1997), a revalorização e a redescoberta do potencial formativo das situações de trabalho propiciam a produção de estratégias, dispositivos e práticas de formação que valorizam fortemente a aprendizagem por via experiencial e o papel central de cada sujeito num processo de autoconstrução como pessoa e como profissional.

Diante disto, o estágio curricular como componente do currículo do curso de enfermagem, que aproxima o mundo da universidade ao mundo do trabalho, constitui-se em um grande elemento integrador da formação, na medida em que confere organicidade à inserção e atuação dos estudantes no mundo do trabalho. Para Merhy (2007), o mundo do trabalho em saúde envolve sempre o encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários e a utilização de diferentes tipos de tecnologias (tecnologias duras – os equipamentos e os medicamentos; tecnologias leves-duras – os saberes científicos da clínica e da epidemiologia; tecnologias leves – as tecnologias relacionais por meio das quais se produz o cuidado: escuta, vínculo, responsabilização, singularização entre outras).

A pesquisa demonstra que o estágio curricular na atenção básica proporcionou às estudantes de enfermagem aprendizagens pessoais e profissionais construídas a partir das relações intersubjetivas e da utilização das diversas tecnologias que envolvem o trabalho em saúde. Guizardi e colaboradores (2006) afirmam que nos estágios curriculares os estudantes conseguem dar vida aos conhecimentos e confrontá-los com os desafios que exigem posturas ativas, frente aos problemas colocados pela prática.

Backes (2000) reconhece o potencial dos estágios curriculares como espaço/tempo de práxis criativa em que o confronto com a realidade, somado a uma expectativa por

mudanças, talvez motivada pelos anseios que circundam a passagem do estudante à vida profissional, mobilizam sujeitos a buscarem inovações.

Diante do exposto, compreende-se a relevância dos estágios curriculares na formação profissional, contudo a pesquisa apresentou alguns limites para esta formação na atenção básica, relacionados à visão muito limitada das estudantes sobre a própria concepção da atenção neste âmbito, que podem estar relacionados aos problemas contextuais da atenção básica em Salvador, mas também demonstrou a (des)integração ensino-serviço, poucas oportunidades de praticar o trabalho multiprofissional e intersetorial e as ações de educação permanente e vigilância à saúde.

Na análise notou-se que as estudantes não pontuaram questões sobre a reorganização do modelo de atenção à saúde nos contextos dos serviços de saúde da atenção básica. Os discursos analisados não demonstram uma visão integral dos problemas dos serviços e comunidade e sim a satisfação no desenvolvimento dos atendimentos aos programas de saúde, previstos nos protocolos clínicos.

A pesquisa apontou também o problema da pouca reflexão que as estudantes tiveram a respeito da potencialidade da atenção básica, não para uma prestação de procedimentos, e sim para uma atuação humanizada e comprometida com o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde da população.

Para Feuerwerker (2003), as propostas de mudança na formação dos profissionais de saúde orientadas pelas novas diretrizes curriculares buscam desenvolver profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade. Pretende-se que a universidade esteja aberta às demandas sociais e seja capaz de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde, assim como transformar o modelo de atenção, fortalecendo promoção à saúde e prevenção de danos e agravos à saúde, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção da saúde.

Estes desafios estão postos tanto no âmbito da saúde como da educação e para efetivá-los faz-se necessária a construção de vínculos mais consolidados entre as IES e Instituições de saúde, a partir da problematização das realidades, do estabelecimento de compromissos sociais e éticos e do compartilhamento de projetos comuns. Segundo Feuerwerker (2000), para acontecer estas mudanças a IES necessita construir o conhecimento a partir da problematização da realidade, da articulação entre teoria e prática, da interdisciplinaridade e da participação ativa do estudante no processo ensino aprendizagem; e

de reconhecer o processo de construção social da saúde, apoiada no fortalecimento do cuidado, na ação intersetorial e na autonomia das populações em relação à própria saúde.

Para finalizar, gostaria de pontuar a necessidade de se refletir sobre a condução dos processos formativos em saúde no interior das IES, dos serviços de saúde e da comunidade, a partir das palavras de Freire (1982, p. 18) “[...] Aprender a ler, alfabetizar-se é, antes de mais nada, aprender a ler o mundo, compreender o seu contexto, não numa manipulação mecânica de palavras, mas numa relação dinâmica que vincula linguagem e realidade”.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.J. **Educação médica e saúde**: possibilidades e mudanças. Londrina: EDUEL/Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construído “novas autonomias” no trabalho. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, p. 150-153, 2001.

AMATÉA, M.L. **Competências do professor no estágio curricular do curso de graduação de enfermagem segundo a percepção dos próprios docentes**. 113fls. 2004. Tese (doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2004.

ANTUNES, A.F. **Há falhas por parte de todos os atores**: visão do enfermeiro assistencial sobre o estágio curricular supervisionado. 203fls. 2001. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. 2001.

ARAÚJO, I.E.M. Comunicação em Enfermagem visita Pré-operatória. **Revista Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 2, mai-ago. 1998. p. 35-42.

ABEn - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Levantamento de recursos e necessidades da enfermagem no Brasil 1956/1958**. Brasília: ABEn, 1988. (Mimeografado)

_____. **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**: CIPESC. Brasília: ABEn, 1999.

AYRES, J.R.de C.M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.

BACKES, V.M.S. **Estilo de Pensamentos e práxis na Enfermagem**: A contribuição do Estágio Pré- Profissional. 283fls. 1999. Tese (Doutorado em enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. 1999.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 7 ed. Lisboa (Portugal): Edições 70, 2007.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOUSSO, R.S. et.al. Estágio curricular em enfermagem: transição de identidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 34, n. 2, jun. 2000. p. 218-255.

BRASIL, Lei CNE/CES nº 6494, de 07 de dezembro de 1977. Define o estágio curricular. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder executivo, Brasília, DF, 7 dez.1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6494.htm. Acessado em: 13 abr.2007.

_____. Conselho Federal de Educação. Portaria 1.721/94 de 15 dez.1994.

Regulamenta o currículo mínimo de conteúdo e duração do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p. 1791, 28 nov. 1994.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. Currículo mínimo para o curso de enfermagem – **Parecer n. 314/94**. Brasília, abr. 1994. p. 17. (Mimeografado).

_____. “LEI nº 9394, de 20.12.96, Estabelece as diretrizes e bases de educação nacional”, in **Diário da União**, ano CXXXIV, n. 248, 23.dez.96.

_____. **Resolução 196/96**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 10 out.1996.

_____. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. **Resolução CNE/CES n. 3**, de 07 de novembro de 2001. Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em enfermagem.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648//GM//2006**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na Saúde, um projeto em defesa da vida. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo. v. 9, n. 17. 2005. p. 339-406.

CAMPOS, L.M.L.; DINIZ, R.E.S. A prática como fonte de aprendizagem e o saber da experiência: o que dizem professores de ciências e de biologia. **Investigações em Ensino de Ciências**. São Paulo. v. 6, n. 10, 2001. p. 79-96.

CAMPOS F.; AGUIAR R. Atenção Básica e reforma curricular. In: NEGRI B.; FARIA, R.; VIANNA, A. L. (Orgs.). **Recursos Humanos em Saúde: Política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: UNICAMP, 2002. p. 91-99.

CANÁRIO, R. (Org.). **Formação e situação de trabalho**. Porto (Portugal): Porto, 1997.

CARVALHO, A.C. **Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico**. 126fls. 1972. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo. 1972.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva, In: CAMPOS, G.W.S. et. al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Fiocruz, 2006. p. 871.

CECCIM R.B; FEUERWERKER L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20, 2004. p.1400-10.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 10, n. 4, 2005. p. 975-986.

CHARELLI, M.Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico – reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA**. 291fls. 2002. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2002.

CHARLOT, B. **Le rapport au savoir em milieu populaire**. Paris: Anthoropos, 2001.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

EGRY, E. MISHIMA, S. ANTUNES, M.J.M. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: a experiência brasileira. In: Chianca TCM, Antunes MJM. **A Classificação Internacional das Práticas em Saúde Coletiva**. CIPESC. Brasília: ABEn; 1999.

FAGUNDES, N.C. **Em busca de uma universidade outra**: inclusão de “novos” espaços de aprendizagem na formação de profissionais de saúde. 229fls. 2003. Tese (Doutorado em educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia. 2003.

_____. Autonomia e uso de protocolos assistências está aberta a discussão! Prescrição, transcrição de medicamentos, ações de apoio diagnóstico em enfermagem. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**. Brasília: n. ¾, 2007. p. 8.

FAGUNDES, N.C. et al. Estágios Curriculares na rede SUS/BA: construindo uma proposta de avaliação e monitoramento. **Relatório Técnico Parcial de Pesquisa**. Salvador, 2008.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Feuerwerker, L.; Almeida, M.; Llanos, CM (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e pratica de um movimento de mudança. Tomo I - Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec / Buenos Aires: Lugar Editorial/ Londrina: Editorial UEL, 1999. p.47-81.

_____. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais da saúde. **Divulgação e Saúde Debate**. Rio de Janeiro. v. 22, p. 18-24, 2000.

_____. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**. Brasília. v. 3, n. 1, 2003. p. 24-27.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. 8 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FRÓES BURNHAM, T. Sociedade da informação, sociedade do conhecimento, sociedade da aprendizagem: implicações ético-políticas no limiar do século. In: LUBISCO, N.; BRANDÃO, L. (Org.). **Informação e informática**. Salvador: Edufba, 2000. p. 283-307.

GALEFFI, D.A. Pedagogia da diferença: Notas implicadas. **Revista de Educação e Cultura**, v. 4, 2001. Salvador: Ágere. p. 143-160.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, 2005. p. 490-498.

GIL, C.R.R. et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2008. p. 230-239.

GUIZARDI, F.L.; STELET, B.; PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. A formação dos profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, v. 1, 2006. p. 153-178.

HIGARASHI, I.H. **O estágio supervisionado de enfermagem em hospitais como espaço de ensino-aprendizagem: uma avaliação**. 235fls. 2003. Tese (Doutorado em enfermagem) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de São Carlos. 2003.

ITO, E.E. **O estágio curricular segundo a percepção dos enfermeiros assistenciais de um hospital de ensino**. 103fls. 2005. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2005.

JOSSO, M.C. **Experiências de vida e formação**. São Paulo: Cortez, 2004.

KALINOWSKI, C.E. O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde. In: PALMEIRA, I.; LACERDA, M.R.; LOPES, M.G.D. **Experiência de enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba: Subsídios para sistematização do processo de cuidar em saúde coletiva**. Curitiba: ABEn – Série Didática Enfermagem no SUS, n. 8, 2004.

KOECHER, D.K. **A práxis na formação do enfermeiro: uma contribuição crítica ao estágio curricular supervisionado**. 175fls. 2006. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 2006.

KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LARROSA, J.B. Notas sobre experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, n. 19, jan-abr.2002. p.20-28.

LIBERALINO, F.N. Prescrição de medicamentos: autonomia relativa e responsabilidade compartilhada. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 58º, 2006, Salvador. **Anais**. Salvador: ABEn, 2006.

LIMA, M.A.D.da S. **A formação do enfermeiro e a prática profissional: qual a relação?** 85fls. 1993. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 1993.

_____. Ensino de enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 47, n. 3, jul-set. 1994. p. 270-277.

MARCHÍN, R.L. **Educación y Diversidad**: reflexiones e implicaciones metodológicas. Ciudad de La Habana, 2000.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e prática. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MATUMOTO, S. et al. A comunicação como ferramenta para acolhimento em unidades de saúde. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, ano 8, 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos**. EERP-USP.

MERHY, E.E. O SUS e seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.324.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MARHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2004. p.70 - 115.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-112.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 1ed., Rio de Janeiro-São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 1 ed., Rio de Janeiro-São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 1 ed., Rio de Janeiro-São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2006.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1998.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D. S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município de Sul do Brasil. **Revista Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 16, n 5, set-out. 2008. p. 889-894.

NÓVOA, A. Universidade e formação docente. (Entrevista). **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo. v. 4, n. 7, 2003. p. 129-138.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde para todos no século XXI**. 1997.

PASSOS, J.P.; CIOSAK, S.I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidades básicas de saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v. 40, n. 4, 2006. p. 464-468.

PEDROSA J. I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, 2001. p. 303-311.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 254fls. 1998. Tese (Doutorado em medicina) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 1998.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 1, 2001. p. 103-109.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 53, 2000. p. 51-63.

POZO, J.I. **Aprendizes e mestres**: a nova cultura da aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PRADO, J.T. **Prescrição e realização do currículo**: percepção de docentes e discentes sobre o componente curricular, estágio na graduação em enfermagem. 112fls. 2006. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Faculdade de Educação. Universidade Católica de Santos. 2006.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. **Manual de investigação em ciências sociais**. 3 ed. Lisboa (Portugal): Gravidia, 2003.

RIZZOTTO, M.L.F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

ROSSI, F.R; SILVA, M.A.D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 39, n.º 4, 2005. p. 460-468.

RUA, I.A.M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto & Contexto Enfermagem**. Santa Catarina, v. 14, n. 3, jun-set. 2005. p. 373- 382.

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice**: O social e o político na pós-modernidade. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

SANTOS, L. **Enfermagem em campo de estágio: laboratório natural de aprendizagem profissional**. 129fls. 1999. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Rio de Janeiro. 1999.

SAVARY, R.F. **A avaliação no estágio curricular da Escola de Enfermagem Anna Nery/URFJ: o real x o ideal**. 103fls. 1999. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1999.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SELLI, L.; GARRAFA, V.; JUNGES, J.R. Beneficiários do trabalho voluntário: uma leitura a partir da bioética. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 6, 2008. p. 1085-1089.

SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2º, 1970, Ribeirão Preto. **Relatório**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1970.

SILVA, E.M.; NOZAWA, M.R.; CARMONA, S.A. M.L.D. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas (São Paulo). **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 17, n. 4, jul-ago. 2001. p. 989-998.

SILVA, A. M. C. **Formação: Espaço-tempo de mediação na construção de identidades (s)**. Coimbra (Portugal): Ariadne, 2007.

SILVA, E.R. **Tendências de formação profissional presentes nos estágios curriculares supervisionados no curso de enfermagem da UFMT**. 183fls. 2006. Dissertação (Mestrado em) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Mato Grosso. 2006.

SOUZA, A.G.; LIMA, R.P.F. **O curso de graduação em enfermagem: reflexões dos alunos formados**. 52fls. 2006. Monografia (trabalho de conclusão de curso) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

STOTZ, E.N. Ações de Solidariedade na Saúde: semântica, política e ideologia diante da pobreza e da doença. In: GOOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.de A. **O clássico e novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 349-361.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J. Política de recursos humanos: conjuntura atual e perspectivas. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 12, 1996. p. 19-23

_____. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **RAP**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2000. p. 63-80.

THERRIEN, J.; LOIOLA, F.A. Experiência e competência no ensino: pistas de reflexões sobre a natureza do saber-ensinar na perspectiva da ergonomia do trabalho docente. **Educação & Sociedade**. Campinas, v. 22, n. 74, abr. 2001. p. 143-160.

VALSECCHI, E.A.de S. da S. **Fundamentos de enfermagem**: incidentes críticos relacionados ao estágio supervisionado. 142fls. 1999. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1999.

VALSECCHI, E.A.de S.da S.; NOGUEIRA, M.S. Fundamentos de enfermagem: incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 10, n. 6, nov-dez. 2002. p. 819-824.

VILASBÔAS, A.L.; TEXEIRA, C.F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: AQUINO, R. (Org.). **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família** (Série Cadernos Técnicos, 2). Salvador: Pólo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família, 2001. p. 113-127.

VILLA, E.A. Educação em saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: GAZZINELLI, M.F.; REIS, D.C.; MARQUES, R.C. (Org.). **Educação em saúde**: teoria, métodos e imaginação. 1 ed., v. 1. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 46-51.

YOUNG, M.F.D. **O currículo do futuro**: da “nova sociologia da educação” a uma teoria crítica do aprendizado. Campinas. São Paulo: Papirus, 2000.

WITT, R.R. **Competências das enfermeiras na atenção básica**: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. 2005. 336fls. Tese (Doutorado em). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2005.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL DOS DOCUMENTOS DAS IES

- 1. Identificação da IES**
- 2. Objetivos da disciplina**
- 3. Ementa do estágio curricular em rede básica**
- 4. Carga horária do estágio e Cronograma de atividades**
- 5. Atividades planejadas/programadas**
- 6. Instrumentos de acompanhamento e avaliação**
- 7. Produtos finais do estágio**
- 8. Organização dos estágios no currículo – matriz curricular e Projeto Político Pedagógico do curso**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL PARA OS ESTUDANTES DO CURSO
DE ENFERMAGEM

Roteiro do Grupo Focal

1. Acolhimento. Evitar conversas sobre o tema, antes que o grupo focal comece efetivamente.
2. Apresentação dos participantes. Checar se todos têm crachás. Explicar a pesquisa, objeto e objetivos. Distribuir o termo de consentimento livre e esclarecido, duas vias por participante.
3. Objetivo

Levantar questões exploratórias para melhor definição do foco e dos objetivos da pesquisa “Estágio curricular como espaço de aprendizagem para o trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde”.
4. Papel do moderador e do assistente: deve estimular aprofundamentos, dar direcionalidade (não fugir do foco) e garantir a participação de todos. Assistente: apoiará o moderador, no controle do tempo e na gravação.
5. Orientações das Regras

O grupo focal é uma espécie de entrevista coletiva, sem obrigação de chegar a nenhum consenso, mas de explorar o mais amplamente e abertamente possível o tema em foco.
Toda opinião é válida.
As divergências, portanto, devem ser explicitadas.

Elas refletem as diferentes experiências e perspectivas. Esta diferença não deve constranger, não deve ser motivo para discussões frontais ou mutismo.

Depois de iniciado o trabalho no grupo não pode admitir retardatários.

O Grupo focal terá uma duração aproximadamente de 2 horas.

Será utilizado gravador para registro das falas.

6. Questão de debate:

- **A partir da sua experiência no estágio curricular em rede básica, o que você aprendeu que considera importante para sua futura atuação como enfermeira (o) na atenção básica de saúde?**

7. Última Rodada

8. Avaliação do trabalho desenvolvido

9. Agradecimentos e Encerramento



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos lhe convidando a participar de pesquisa: **APRENDENDO A ATUAR EM ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO CURRICULAR** que tem como objetivo Analisar o que expressam as aprendizagens referidas pelos estudantes como (re) construídas no estágio curricular em espaços da atenção básica de saúde.

Você está sendo convidado (a) porque participa do estágio na atenção básica de saúde do curso de enfermagem da IES selecionada para ser estudada pela pesquisa, mas sua participação não é obrigatória. As informações serão confidenciais, assim como será assegurado o anonimato dos participantes, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Caso concorde, você participará de um grupo focal, no qual serão discutidas questões sobre o trabalho da enfermeira na atenção básica e aprendizagens possibilitadas no estágio na atenção básica de saúde. Os resultados obtidos com essa pesquisa permitirão contribuir para a discussão sobre as aprendizagens demandas pelo trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde e as mudanças necessárias no currículo de graduação, particularmente, no planejamento do estágio curricular, visando o atendimento dessas demandas. De qualquer forma, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo a sua relação com a instituição e com a pesquisadora.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Salvador, de de 2008.

Participante (nome e assinatura)

Carolina Pedroza de Carvalho Garcia Rua dos
Pintassilgos, 202, Cond. Riviera, Ed. Marcelli, Apt
1301, Imbuí, SSA-BA. Tel: (071) 3461-1103.
carola0813@gmail.com

Intervenções de Enfermagem nos problemas identificados no indivíduo, família e na unidade de saúde. Visitas domiciliares. Ações de Vigilância Epidemiológica. Ações educativas nas diversas unidades de desenvolvimento do estágio; junto aos profissionais de saúde de nível médio e elementar; junto a comunidade; realização de oficinas, salas de espera, orientações individuais e em grupo. Reuniões de acompanhamento, condução e avaliação de estágio. Elaboração de artigo científico. Socialização das atividades desenvolvidas durante o estágio.
Metodologia Reconhecimento e observação da unidade de saúde e do trabalho dos profissionais, identificando os setores da unidade, os programas implantados, equipamentos, as responsabilidades de cada membro da equipe, as rotinas, formulários utilizados, as atividades administrativas, facilidades e dificuldades. Reconhecimento das micro-áreas, identificando as áreas de risco e a história da comunidade. Apresentação dos seminários temáticos. Realização de reuniões com a equipe e usuários do serviço para priorização dos problemas do estado de saúde e da unidade. Realização de atividades gerenciais nas Unidades de Saúde da Família. Realização de ações educativas junto a grupos da comunidade: oficinas, salas de espera, orientações individuais. Realização de ações de educação continuada junto aos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem. Atuação dos alunos em diversos campos clínicos com supervisão indireta do docente e direta do enfermeiro das unidades. Supervisão em campo clínico Realização de consultas de enfermagem em diversas situações: criança, adolescente, adulto, mulheres e gestantes. Realização de visitas domiciliares. Cumprimento do PPLS, implementação das ações programadas e avaliação das ações desenvolvidas. Elaboração de artigo científico Socialização das atividades desenvolvidas. Realização de reuniões para discussão, acompanhamento e avaliação do estágio com preceptores, supervisores e alunos.
Avaliação Serão considerados instrumentos de avaliação: - Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) elaborado pelos alunos; - Apresentação do Seminários temáticos; - Auto avaliação do aluno conforme instrumento de avaliação do curso de Enfermagem da UNEB; - Avaliação realizada pelo supervisor com participação do enfermeiro preceptor, conforme instrumento de avaliação do curso de Enfermagem - Artigo científico elaborado pelos alunos; - Socialização das atividades desenvolvidas durante o estágio.
Referências ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Saúde da Família. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>. ABEN – v. 53, n. Especial, 2000. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro - Brasília: ABEN/Governo Federal, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Projeto Acolher. **Adolescer**: compreender, atuar e acolher. Brasília: ABEN, 2001.

BAHIA, SESAD. Pólo de Capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família - Bahia. **Manual para vigilância de menores de um ano de risco em áreas cobertas pela estratégia de atenção à saúde da família**. Salvador, 1999.

BAHIA, SESAB. Pólo de Capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família - Bahia. **Manual para Treinamento Introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador, 2001.

BAUMAN, Z. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: Manual técnico. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas**: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: Manual técnico. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: Assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar**: informações para agentes comunitários de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes**. Brasília: ANVISA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Módulo para capacitação nas doenças prevalentes da infância**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. **Curso Básico de vigilância Epidemiológica**: Manual do treinando. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorientação da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: Manual de Hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. **Textos de epidemiologia para vigilância ambiental em saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. **Guia de vigilância epidemiológica**. Vol I. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. **Manual de vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas: sarampo, rubéola e SRC**. Vol I. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. 2 ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2004**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília, s/d

CIANCARULLO, T. I.; SILVA, G. T.; CUNHA, I. C. K. O. **Uma nova estratégia em foco: O programa Saúde da Família – identificando as suas características no cenário do SUS**. São Paulo: Ícone, 2005.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família : uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2004.

GONÇALVES, A. M.; PERPÉTUO, S. C. **Dinâmica de grupos na formação de lideranças**. 5. ed. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2000.

LOOS, S. **Viagem à fantasia: Jogos criativos e não competitivos na escola e em família**. São Paulo: Paulus, 1996.

TEIXEIRA, C. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador: COOPTEC, 2001.

ZATTA, I. M. **A farmácia da Natureza**. São Paulo: Paulinas, 1996.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiros e família: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

www.saude.gov.br - Programas e Projetos – A maior parte da referência da disciplina encontra-se disponível no do Ministério da Saúde. Biblioteca virtual

www.anvisa.gov.br - Página da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

<http://www.dhnet.org.br> - Página sobre direitos humanos

	5
Data ____ / ____ / ____	
Docente _____	
Aprovado pela Coordenação do Colegiado	
Data ____ / ____ / ____	
Coordenador(a) _____	

CURSO DE ENFERMAGEM

Aluno: _____ Semestre: _____
 Disciplina: _____ Etapa: _____
 Período: _____
 Docente responsável: _____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – Prática/Estágio

A – ASPECTOS GERAIS

Competências e Habilidades	NOTA
Demonstra Interesse e Iniciativa	
Assiduidade e Pontualidade	
Colabora com Colegas e Equipe de Saúde	
Apresenta alternativas para solução de problemas	
Respeita os Princípios éticos	

B – ASPECTOS ESPECÍFICOS

Habilidade técnica

Competências e Habilidades	NOTA
Realiza as atividades e procedimentos seguindo princípios científicos (técnicas, orientações, protocolos e outros)	
Cumprir as atividades no tempo planejado	
Demonstra destreza manual e agilidade para realizar procedimentos e atividades de enfermagem	

Adequação dos conhecimentos teórico-práticos

Competências e Habilidades	NOTA
Articula teoria a prática	
Relaciona os conhecimentos adquiridos em outras disciplinas	

Manejo de equipamentos em saúde

Competências e Habilidades	NOTA
Habilidade no manuseio de equipamentos	
Habilidade para atuar em situações imprevistas	

Aplicação do Processo de Cuidar

Competências e Habilidades	NOTA
Efetua registro de enfermagem de forma adequada: anotações claras, coerentes e com sequência lógica.	
Aplica princípios de humanização e comunicação no processo de cuidar	
Desenvolve ações respaldadas nas Teorias de Enfermagem	
Habilidade para realizar anamnese e exame físico	
Executa as etapas do processo de enfermagem	

Gerenciamento em Enfermagem

Competências e Habilidades	NOTA
Identifica e aplica os elementos do processo administrativo	
Aplica os princípios do SUS	
Analisa criticamente a estrutura física e organizacional dos Serviços de saúde e de enfermagem	
Participa da elaboração ou avaliação das normas e rotinas da unidade de saúde	
Analisa as condições e relações de trabalho dos profissionais da equipe multidisciplinar	
Capaz de planejar, desenvolver ações de saúde e o processo de trabalho de enfermagem (motiva, lidera, educa em serviço, toma decisões, participa de reuniões, dimensiona pessoal, elabora escalas de serviços e outras)	

Pesquisa em Enfermagem

Competências e Habilidades	NOTA
Desenvolve pesquisa e estudos de caso a partir de situações identificadas em campos de prática e estágios	

Total de pontos = nota	
Total de tópicos utilizados	Nota atribuída:
	Ass. do professor:
Obs. Cada item avaliado deverá ser pontuado de 0 a 10.	
Não atribua pontuação aos itens que não se aplicam atividade prática da sua disciplina	

ANEXO B – EMENTA CURSO DE ENFERMAGEM

				CURSO: ENFERMAGEM		
DISCIPLINA						
				NOME: ESTÁGIO CURRICULAR – REDE BÁSICA		
CARGA HORÁRIA				CRÉDITOS	ASSINATURA DO CHEFE DO DEPARTAMENTO	ANO
T	P	E	TOTAL			2008.2
		320	320			
PRÉ – REQUISITOS: Todas as disciplinas do curso						
LOCALIZAÇÃO NO FLUXOGRAMA: 9º Semestre						
<u>I - OBJETIVOS GERAIS:</u> Possibilitar aos alunos: 1- Construir / reconstruir novos conhecimentos e habilidades a partir da interação com a prática. 2- Exercitar, consolidar ou transformar conhecimentos e habilidades adquiridas no processo inicial de formação, tendo em conta uma situação real de trabalho. 3- Integrar/inserir o estudante no processo de trabalho de uma unidade básica de saúde incluindo a sua área de abrangência (ações assistenciais, gerenciais, educativas, de estímulo à participação social, a intersetorialidade, a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade). 4- Desenvolver capacidade crítica, analítica e instrumental para o trabalho com pessoas, famílias, grupos específicos e comunidades de determinada área de abrangência no âmbito da atenção básica de saúde 5- Desenvolver e/ou aperfeiçoar a capacidade de planejamento e de avaliação das ações de enfermagem em saúde coletiva no nível local.						
<u>II - EMENTA</u> Proporciona a inserção do aluno como protagonista no processo de trabalho, de forma que lhe possibilite construir novas e/ou exercitar/consolidar/transformar as competências e habilidades adquiridas no processo inicial de formação no âmbito da atenção à saúde, da gerência e da investigação, tendo em conta uma situação real de						

III - ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM

1. Realizar e/ou organizar ações assistenciais, gerenciais, educativas, de estímulo ao controle social e àquelas voltadas para a promoção de saúde das pessoas, famílias, grupos de coletividade, considerando as atribuições da Enfermagem numa unidade básica de saúde ou na sua área de abrangência.
2. Analisar o contexto geral e particular, no que se refere às condições de vida e saúde de uma determinada área (distrito sanitário e/ou município).
3. Estabelecer relações e analisar as políticas de saúde a nível nacional, estadual e municipal, observando as influências, determinações ou conseqüências na organização da atenção a saúde no âmbito local.
4. Operacionalizar o conceito de território identificando as principais características sanitárias, sociais políticas e culturais de determinada área de abrangência, além de analisar, priorizar, propor e discutir soluções para os principais problemas de saúde ali identificados.
5. Atuar numa Unidade Básica de Saúde, entendendo sua dinâmica de funcionamento e identificando os recursos ali existentes para o enfrentamento dos problemas, sejam eles de natureza pedagógica, assistencial, gerencial ou político - cultural.
6. Interagir com os profissionais da equipe numa perspectiva do trabalho multiprofissional, analisando as facilidades e dificuldades desse processo.
7. Realizar atividades de planejamento ou programação local, de organização de serviços, de articulação com outros setores ou seguimentos governamentais e/ou comunitários e de acompanhamento e avaliação no âmbito da atenção básica e saúde coletiva.
8. Promover, organizar e ou realizar atividades educativas no âmbito local, relativas à promoção da saúde, à prevenção de riscos, agravos ou danos, assim como de mobilização ou organização comunitária.
9. Promover, e/ou realizar atividades de educação permanente ou continuada.
10. Articular, integrar ou interagir com os instâncias de governo e da sociedade civil, representativas do processo de decisão a nível municipal/local (Conselhos, associações, sindicatos, gerencias e coordenações institucionais, Prefeitura, Câmara Municipal, Ministério Público, Secretarias municipais etc.).
11. Identificar ou organizar fluxos de referência e contra referência do atendimento básico.

IV - CONTEÚDO TEÓRICO: Temas para discussão.

- 1 O campo da saúde: concepções, dimensões e articulações.
- 2 A saúde coletiva: sua história, seus objetos, os saberes necessários e as formas de intervenção.
- 3 As atuais políticas de saúde: O PSF e PACS.
- 4 A vigilância à saúde como estratégia de mudança do modelo de atenção: o problema, o território, as articulações intersetoriais e a mobilização social.
- 5 Os instrumentos de atuação da saúde coletiva: educação em saúde – concepções e estratégias – Vigilância epidemiológica e vigilância sanitária – as medidas de prevenção.
- 6 A prática sanitária: limites e possibilidades de mudança.
- 7 A experiência do Estágio curricular na percepção dos alunos.

V - AVALIAÇÃO

- A avaliação será processual, valorizando as habilidades cognitivas, instrumentais ou atitudinais previstas no desenvolvimento do planejamento do estágio, das ações assistenciais, gerenciais, educativas, de estímulo à participação social e possíveis articulações intersetoriais e multiprofissionais.
- Os produtos e instrumentos para avaliação são: relatório crítico e analítico das atividades de campo, produto demandado pelo serviço e apresentação pública final.
- Frequência mínima 75% e média mínima final é 7,0 em cada atividade.

VI - REFERÊNCIAS

ALMEIDA, MCP & MISHIMA, SM – O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família; construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface – Comunic; Saúde, Educ. Agosto 2001.

CAMPOS, FE; BELISÁRIO, AS – O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface – Comunic; Saúde, Educ. Agosto 2002.

MERHY, E.E. – E daí surge o PSF como continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. Interface – Comunic; Saúde, Educ. Agosto 2001.

PAIM, J S – Saúde da família: espaço de reflexão e de contra – hegemonia. Interface Comunic; Saúde, Educ. Agosto 2001.

M. PAIM, J. S. & ALMEIDA, E. M. H. O. Saúde coletiva: “uma nova saúde pública?”

MINAYO, M. C. *Pós-graduação em saúde coletiva: um projeto em construção*. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.2, n.1/2, 1997.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/FNS. Normas e Diretrizes/FNS. Departamento de Operações, Coordenação de Saúde da Comunidade. **Programa de Agente Comunitário de Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

Saúde da Família no Brasil: Linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

SOUZA, H.M. Programa Saúde da Família: Entrevista. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. V.53, n.especial,2000. P. 7-16.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S., VILASBOAS, A.L. SUS, Modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, v. 7, n.2, abr/jun. 1998.

BAHIA/SESAB/DEVISA. **Plano Diretor para o desenvolvimento da vigilância da saúde no Estado da Bahia**. Salvador: SESAB, 1998. P. 8-15.

SOARES, C. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **R. Bras. Enferm.** Brasília: v.53, n. especial, 2000. P. 17-24.

CYRINO, A.P. CYRINO, E. G. Integrando comunicação, saúde e educação: a experiência do UNI Botucatu. *Interface*, v.1 n.1, Botucatu SP: Fundação UNI, 1997. P. 157-168.

CERQUEIRA, A.T. R. A prática pedagógica como processo de comunicação: a relação professor - aluno: o ponto de vista psicológico. *Interface*. V 1, n.1. Butucatu SP: Fundação UNI, 1997. P. 187-191.

RANGEL, M. L. Construção do conhecimento em saúde na interação trabalhadores e usuários nos serviços de saúde. Texto apresentado na Mesa Redonda "A construção do conhecimento em saúde" no Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular: a educação em saúde necessária para a sociedade brasileira hoje", Brasília, 2000.

TEIXEIRA, M. G. RISI JUNIOR, J.B. Vigilância Epidemiológica. In ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. P. 327-352.

COSTA, E. A. Vigilância Sanitária: defesa e proteção da saúde. In ROUQUAYROL, M.Z. E ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 473-488.

PAIM, J. S. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In ROUQUAYROL, M.Z. E ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999. P. 473-488.

II. Saber fazer:

CRITÉRIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Organização do espaço de trabalho	Espaço de trabalho organizado.										
2. Comunicação	Capacidade de expor ideias; de mobilizar pessoas e grupo para a realização de ações.										
3. Trabalho em equipe	Capacidade de trabalhar em equipe.										
4. Conhecimento	Grau de informação sobre assuntos técnico-prático da saúde coletiva e específicos de enfermagem.										
5. Aplicação de normas de biossegurança	Estar trabalhando de forma segura, não gerando riscos para si e para os demais componentes da equipe.										
6. Definição de necessidades	Capacidade de identificar necessidades.										
7. Planejamento das atividades do trabalho	Planejamento preparado previamente.										
8. Definição de prioridades	Dentre as várias atividades da rotina de trabalho, selecionar aquelas que são prioritárias.										
Sub - totais											
Total (soma dos sub-totais)											
Média Final (total x 5 / 80)											

Considerações:

Assinatura da Preceptora: _____

Assinatura do discente: _____

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



*Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia*

Ofício nº91/2006
Ref.: Devolução de Projeto

Salvador, 22 de novembro de 2006.

ESTIMADA
Norma Carapiá Fagundes
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Projeto de Pesquisa: **“Estágios curriculares na rede SUS-BA: construindo uma proposta de monitoramento e avaliação”**.
Pesquisador (a) Responsável: **Norma Carapiá Fagundes**

Situação do Projeto: APROVADO, COM SUGESTÕES.

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB, reunido em 22 de novembro de 2006.

O projeto pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse sentido, o Comitê decidiu por sua aprovação, lembrando ao pesquisador (a) a necessidade de informar esse Comitê do relatório parcial e ou final no período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano conforme recomendação da Resolução nº 196/96, IX – 2 c.

Estamos anexando ainda cópia do Parecer elaborado pelo relator e comitê, para o seu conhecimento.

Atenciosamente,

Ana Maria Fernandes Pitta
Coordenadora do CEP-SESAB