



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**HELUANA CAVALCANTE RODRIGUES**

**INTERNATO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE A PARTIR DAS  
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO BÁSICA**

**SOBRAL-CE**

**2015**

**HELUANA CAVALCANTE RODRIGUES**

**INTERNATO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE A PARTIR DAS  
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada a banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Sobral da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Socorro de Araújo Dias

**SOBRAL-CE**

**2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

- 
- R614i Rodrigues, Heluana Cavalcante.  
Internato de enfermagem na Atenção Básica: análise a partir das diretrizes curriculares nacionais e da política nacional de Atenção Básica. / Heluana Cavalcante Rodrigues. – 2015.  
128 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2015.  
Área de Concentração: Saúde da Família.
- Orientação: Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias.
1. Atenção primária à saúde. 2. Educação em enfermagem. I. Título.

---

CDD 362.17

**INTERNATO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE A PARTIR DAS  
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO BÁSICA**

**Heluana Cavalcante Rodrigues**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre.

APROVADA EM: 29/09/15

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Maria Socorro de Araújo Dias – Dra.  
Presidente

---

Prof.<sup>a</sup> Antônia Eliana Araújo Aragão – Dra.  
Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Maria Adelane Monteiro da Silva – Dra.  
Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup>. Maristela Inês Osawa Chagas-Dra.  
Suplente

Dedicamos este trabalho,

Aos enfermeiros do serviço que acreditam no SUS, buscam e compartilham conhecimentos e lutam para fazer a integração ensino-serviço acontecer.

Aos preceptores e docentes das IES pela dedicação em promover uma formação adequada aos enfermeiros, suscitando novas reflexões e buscarem fortalecer a integração ensino-serviço.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por tudo que nos proporciona.

À família pelo apoio, incentivo, paciência, compreensão da minha ausência em alguns momentos de família.

À professora doutora Maria Socorro de Araújo Dias, pela orientação, apoio, estímulo, paciência e capacidade de construção de conhecimento, aqui materializado neste trabalho.

Aos discentes, docentes e preceptores da IES e do serviço que aceitaram ser sujeitos dessa pesquisa.

Às professoras doutoras Maria Adelane Monteiro da Silva, Antônia Eliana Araújo Aragão e Maristela Inês Osawa Chagas pela disponibilidade e contribuição.

À minha coordenadora da RMSF Márcia Santos pelo apoio e estímulo.

Às companheiras do grupo “Mestrandas Poderosas”, Sara, Roberta, Rafaela e Denise, por todo o apoio e amizade.

Ao amigo Francisco Freitas Júnior pelo apoio e empréstimo de materiais.

Aos meus amigos pela compreensão dos momentos tão importantes que tive que estar ausente.

A todos os que de alguma forma contribuíram na elaboração desta pesquisa, o meu muito obrigada.

*Um novo olhar...  
Na construção de um novo educar...  
Para novos profissionais formar  
Para quando o novo milênio chegar  
Um dia de cada vez...  
Ouvindo todos e nada desprezar  
Aprendendo a rimar e remar*

Ana Ito

## RESUMO

A institucionalização do Sistema Único de Saúde colocou a sociedade diante do desafio da formação de profissionais aptos a atuar técnica, social e politicamente na construção deste sistema, exigindo transformação no modo de ensinar e aprender. O estudo tem por objetivo analisar o internato de enfermagem na atenção básica em duas escolas de enfermagem situadas no semiárido cearense. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva com abordagem qualitativa realizada nos Centros de Saúde da Família de Sobral e em outros cenários onde se encontravam os sujeitos da pesquisa durante a coleta de dados, como IES, SAMU, Hospital Regional Norte e Memorial de Educação Superior de Sobral-UVA. Os sujeitos da pesquisa foram dezesseis participantes entre os quais 03 são docentes dos cursos de graduação em enfermagem da UEVA e do INTA, 04 são preceptores do serviço, 02 são preceptores da IES e 07 são internos de enfermagem das duas escolas estudadas. A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015, sendo utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada. Os dados das entrevistas foram organizados e analisados utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados apresentam conhecimentos socialmente elaborados por internos, docentes e preceptores da IES e do serviço acerca do internato de enfermagem na atenção básica, gerando seis subcapítulos a saber: Compreensão dos internos, dos docentes e dos preceptores acerca dos objetivos do internato de enfermagem na AB; Relação teoria e prática, ensino e serviço no internato de enfermagem na AB; Planejamento, desenvolvimento e avaliação do internato de enfermagem na AB; A colaboração dos preceptores e docentes no processo pedagógicos do internato de enfermagem na AB; Competências desenvolvidas pelo interno de enfermagem e sua relação com as DCN e Estratégias para o aprimoramento do internato de enfermagem na AB: contribuição deste estudo. Os sujeitos da pesquisa compreendem os objetivos do internato de enfermagem na AB; a teoria ensinada na IES dialoga com a prática durante o internato, embora haja algumas dissonâncias; é necessário uma maior articulação dos atores envolvidos nesse processo de ensino-aprendizagem; os docente e preceptores colaboram com a formação do interno; o interno desenvolve as competências que os enfermeiros realizam no CSF, com fragilidade na vivência nos setores do CSF, na coordenação da equipe pelo enfermeiro e no controle social. Assim, entendemos que com uma melhor articulação entre gestão, internos, docentes e preceptores do serviço e da IES possa avançar em relação as dificuldades apresentadas no estudo no que diz respeito ao planejamento, desenvolvimento e avaliação do internato, buscando cada vez mais se aproximar das competências anunciadas pelas DCN de enfermagem, contribuindo com a consolidação do SUS.

**Palavras-Chave:** Educação em Enfermagem. Estágio. Atenção Básica.

## ABSTRACT

The institutionalization of the Unified Health System placed the company on the challenge of training professionals able to work technically, socially and politically in building this system, requiring transformation in the way of teaching and learning. The study aims to analyze the nursing internship in primary care in two nursing schools located in Ceará semiarid region. It is a survey of exploratory and descriptive qualitative approach carried out in health centers Sobral family and in other settings where they were the subjects for data collection, such as IES, SAMU, Northern Regional Hospital and Memorial Higher Sobral-UVA Education. The research subjects were sixteen participants among whom 03 are professors of undergraduate courses in nursing UEVA and INTA, 04 are tutors of service, 02 are tutors of IES and 07 are internal to the two studied nursing schools. Data collection took place from December 2014 to February 2015, and used a semi-structured interview. Interview data were organized and analyzed using the technique of collective subject discourse. The results show knowledge socially prepared by internal, teachers and tutors of IES and service on nursing internship in primary care, generating six subchapters namely: understanding of internal, teachers and tutors about the goals of the nursing internship at AB ; Relationship theory and practice, teaching and service in nursing internship at AB; Planning, development and evaluation of nursing internship at AB; The collaboration of tutors and teachers in the educational process of nursing internship at AB; Skills developed by the internal nursing and its relationship with the DCN and strategies for the improvement of nursing internship at AB: contribution of this study. The research subjects include the goals of nursing internship at AB; the theory taught in the IES dialogues with practice during the internship, although there are some dissonances; greater coordination of the actors involved in the teaching-learning process is necessary; the teachers and tutors are involved in the formation of the internal; the internal develops the skills that nurses perform in CSF, with weakness in living in CSF sectors, coordinating team by nurses and social control. Thus, we believe that with better coordination between management, internal, teachers and tutors of service and IES can advance regarding the difficulties presented in the study with regard to the planning, development and evaluation of the boarding, searching increasingly approaching competences announced by DCN nursing, contributing to the consolidation of SUS.

**Keywords:** Nursing Education. Internship. Primary Care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CNRHS Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS Conferências Nacionais de Saúde

CSF Centro de Saúde da Família

DCN Diretrizes Curriculares Nacional

ESF Estratégia Saúde da Família

EFSFVS Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

GT Grupo de Trabalho

IAP Instituto de Aposentadoria e Pensão

IES Instituição de Ensino Superior

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

INTA Instituto Superior de Teologia Aplicada

LDB Diretrizes e Bases da Educação Nacional

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PET Programa de Educação pelo Trabalho

PP Projeto Pedagógico

PNE Plano Nacional de Educação

PNEPS Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

RMSF Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SENADEn Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UVA Universidade Estadual Vale do Acaraú

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	20
2.1 Geral .....	20
2.2 Específicos.....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
3.1 Formação de Recursos Humanos na Saúde para o SUS .....	21
3.2 Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem .....	31
3.3 Atribuições do Enfermeiro na Política Nacional de Atenção Básica .....	37
3.4 Estágio Supervisionado de Enfermagem .....	40
3.5 Estratégia de Integração Ensino-Serviço no Internato de Enfermagem na AB.....	43
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	50
4.1 Tipo e Abordagem do estudo .....	50
4.2 Campo do estudo .....	51
4.2.1 Internato na atenção básica da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA.....	53
4.2.2 Internato na Atenção Básica do Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA) .....	57
4.3 Participantes do estudo .....	59
4.4 Período do estudo .....	61
4.5 Métodos e Técnicas de coleta de informações .....	61
4.6 Organização e Análise das informações.....	64
4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa .....	66
<b>5 INTERNATO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: OS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO (INTERNOS, DOCENTES E PRECEPTORES DAS IES E DO SERVIÇO)</b> .....	67
5.1 Compreensão dos internos, dos docentes e dos preceptores acerca dos objetivos do internato de enfermagem na AB.....	67
5.2. Relação teoria e prática, ensino e serviço no internato de enfermagem na AB .....	72
5.3 Planejamento, desenvolvimento e avaliação do internato de enfermagem na AB .....	82

5.4 A colaboração dos preceptores e docentes no processo pedagógicos do internato de enfermagem na AB .....	88
5.5 Competências desenvolvidas pelo interno de enfermagem e sua relação com as DCN....	94
5.6 Estratégias para aperfeiçoar o internato de enfermagem na AB: contribuição deste estudo.....	106
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	111
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	114
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	126
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA</b> .....	128

## 1 INTRODUÇÃO

A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90, vivencia-se a institucionalização de um sistema de saúde orientado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação da comunidade. Este processo de implantação, implementação e desenvolvimento colocou a sociedade diante de grandes desafios, dentre eles a formação de profissionais aptos a atuar técnica, social e politicamente na construção deste sistema (SERIANO; MUNIZ; CARVALHO, 2013).

Tal prerrogativa implicou diretamente na necessidade de transformar os modos de ensinar e aprender, rever as práticas educativas e seus reflexos sobre a saúde e os serviços de saúde (BRASIL, 2005). Uma estratégia de superação deste desafio é promover a interação entre as instituições de ensino e de serviço de saúde de modo que os trabalhadores em formação incorporem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade (BRASIL, 2011). Entendemos também que esta relação é benéfica para os trabalhadores do sistema ao estabelecerem este diálogo com saberes atualizados que coadunam com a prática acadêmica.

Há certo consenso internacional quanto aos desafios que envolvem o campo das políticas de formação de trabalhadores em saúde. Tal consenso seria representado pela quantidade inadequada dos recursos humanos<sup>1</sup> disponíveis e baixo financiamento para o setor de saúde, pela distribuição desigual dos trabalhadores de saúde nos diferentes níveis do sistema de saúde, baixas taxas de reposição da força de trabalho, treinamento e currículos inadequados ao se considerar às necessidades existentes, políticas de recursos humanos inexistentes ou insuficientes para o enfrentamento dos desafios, alta rotatividade da força de trabalho envolvida, supervisão do trabalho inexistente ou inadequada, baixa capacidade de produção de informações sobre os recursos humanos de saúde e desestímulo dos trabalhadores do setor saúde (DREESCH *et al.*, 2005).

A excessiva tendência de especialização em alguns cursos da área da saúde também é referida como uma variável que tem causado alguns impactos negativos na formação com

---

<sup>1</sup>Mesmo tendo a opção política pela denominação trabalhadores/profissionais da saúde, ao longo do texto foi mantida a fidedignidade as nomenclaturas utilizadas pelos autores por compreender que elas retratam uma identidade autoral.

repercussão para o bom desenvolvimento do sistema de saúde público do Brasil (BRASIL, 2005).

Contribuindo para a mudança do cenário exposto anteriormente, a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996, viabilizou a ampliação de instituições de ensino superior no país, sendo pactuadas algumas metas para o decênio de 2001 a 2011 no Plano Nacional de Educação (PNE), como o aumento do número de vagas dos cursos superiores, gerando preocupações já que esta expansão nem sempre vem acompanhada da observação das necessidades e demandas regionais, sem o devido acompanhamento de sua qualidade e distribuição desproporcional nas regiões do país (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Na perspectiva de colaborar com a reorientação da formação, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituíram algumas estratégias, dentre elas o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde em 2005 e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), os quais preveem a inserção precoce de estudantes na Atenção Primária à Saúde (APS), incentivando mudanças curriculares nos cursos de graduação, bem como a integração ensino-serviço, a educação permanente do profissional do serviço e o desenvolvimento de pesquisas nesse campo de atenção, visando sensibilizar e preparar os profissionais para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e saúde da população brasileira (PINTO *et al.*, 2013). Comungando com esta proposta tem-se o projeto VER-SUS, com o objetivo de estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações (BRASIL, 2014).

A formação dos trabalhadores da saúde ao mesmo tempo em que se configura como desafiadora, se constitui também uma das estratégias para consolidar e defender os interesses da sociedade, para que atendam às necessidades de saúde postas pela população brasileira. É preciso investir na formação na saúde, alinhando-a as mudanças ocorridas nos processos de trabalho em que os profissionais da saúde estão inseridos.

O ensino de graduação para os trabalhadores da saúde no Brasil durante muitos anos foi mais voltado para a aquisição do conhecimento teórico, ficando desarticulado e descontextualizado da prática. Este modelo de ensino se mostrou ineficaz para a formação de profissionais com o perfil necessário para atuar na perspectiva da atenção integral à saúde, incluindo as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (SERIANO; MUNIZ; CARVALHO, 2013).

Atento ao diagnóstico que não há como transformar o paradigma sanitário e o sistema de saúde sem atuar na formação dos profissionais, bem como a orientação pela prerrogativa constitucional, em seu artigo 200, que confere ao SUS a ordenação da formação dos trabalhadores em saúde, diversos movimentos foram deflagrados no Estado brasileiro, alguns protagonizados diretamente pelo Ministério da Saúde (como já referido neste texto) e outros em parceria com o Ministério da Educação. Dentre estas últimas, destacam-se a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as profissões da Saúde. Para fins deste estudo, focaremos nas DCN para a graduação em Enfermagem, visto que é esta categoria profissional que se constituirá no cerne do objeto desta investigação.

As DCN da graduação em enfermagem surgem nesse cenário de alinhamento do ensino às necessidades de competências dos trabalhadores anunciadas pelos serviços de saúde, sendo instituídas a partir de uma Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Neste documento se estabelece que durante a formação do enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em diversos cenários, tais como hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem. Declara ainda que na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio (BRASIL, 2001).

O delineamento do perfil do egresso, também é apresentado pelas DCN, o qual deve estar claramente anunciado no Projeto Pedagógico (PP) do curso:

- I -Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e
- II -Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem” (RESOLUÇÃO CNE/CES Nº3 DE 7/11/2001).

Profissionais graduados nesta perspectiva com conhecimento do sistema de saúde brasileiro e das políticas de saúde, frequentemente adquirem uma postura de compromisso com esse sistema, assumindo um efetivo engajamento nas propostas de transformação das

práticas profissionais e da própria organização do trabalho (SERIANO; MUNIZ; CARVALHO, 2013).

As DCN preveem também seis competências e habilidades necessárias para o bom exercício da profissão: atenção à saúde; tomada de decisão; comunicação; liderança; administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001).

Atualmente nas instituições de saúde a tendência é a busca por profissionais com o maior número de competências para o desempenho do serviço, que gerem resultados positivos não só para a instituição, mas que também atenda às necessidades dos usuários e seus familiares. Dessa maneira, o enfermeiro deve ser estimulado o mais precocemente, ou seja, durante o estágio, e não após a sua formação, a desenvolver competências e, conseqüentemente, compreender a realidade de vida da população, saber intervir nela e se qualificar para o mundo do trabalho (RUTHES; CUNHA, 2007).

Considerando o que rege as DCN em relação a: estágios supervisionados, participação efetiva dos enfermeiros dos serviços de saúde na supervisão, perfil dos egressos e ainda a Política Nacional de Saúde brasileira que elege a Atenção Básica como principal porta de acesso as redes de atenção à saúde, delinea-se como objeto desta investigação o estágio supervisionado em enfermagem na atenção básica, o qual no decorrer do estudo será tratado por internato de enfermagem na Atenção Básica, por ser esta a nomenclatura assumida pelos cursos que se constituíram como unidades de análise.

Em pesquisa bibliográfica realizada identificou-se que a denominação internato só encontra amparato normativo que elucide objetivos e particularidades para os cursos de Medicina (STREIT *et al.*, 2009). Entretanto, pesquisas realizadas por Benito *et al.* (2012), Colliselli *et al.* (2009) e Santos (2006) denominam estágio supervisionado e estágio curricular supervisionado como expressões equivalentes ao que os Projetos Pedagógico (PP) dos cursos de enfermagem analisados vem denominando de internato.

Estágio, segundo Buriolla (2011, p.13), "é o locus onde a identidade profissional do aluno é gerada, construída e referida; volta-se para o desenvolvimento de uma ação vivenciada, reflexiva e crítica e, por isso, deve ser planejado gradativamente e sistematicamente." O estágio é essencial à formação do aluno como um momento específico de sua aprendizagem, propiciando a este reflexão sobre a ação profissional e visão crítica da dinâmica das relações existentes no campo institucional, apoiados na supervisão enquanto processo dinâmico e criativo, tendo em vista possibilitar a elaboração de novos conhecimentos.

O internato é amparado pela Lei de Estágio N° 11.788 de setembro de 2008, em que define em seu artigo primeiro o estágio como o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo dos educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos (BRASIL, 2008).

A Lei de Estágio declara ainda que o estágio faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando e que visa ao desenvolvimento de habilidades e competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho (BRASIL, 2008).

A pesquisa sobre o estágio supervisionado de enfermagem na atenção básica produzida por Benito *et al.* (2012), concluiu que o estágio curricular supervisionado possibilita ao aluno a compreensão do cuidado holístico e o coloca como participante do processo do trabalho em saúde, favorecendo o desenvolvimento de um saber fazer, saber ser e um saber conviver. Dessa maneira, há de se reconhecer a importância e necessidade deste processo vivencial pelo acadêmico, uma vez que o torna preparado para enfrentar uma realidade complexa e dinâmica.

Consoante com Costa e Germano (2007), o contexto do trabalho estimula o desenvolvimento da autonomia, da criatividade, de uma postura inovadora, de um ser crítico e consciente de sua responsabilidade ética, política e profissional, domínio da prática, aprofundamento e contextualização dos conhecimentos, assumindo uma práxis transformadora. O desenvolvimento efetivo desse espírito crítico permite ao aluno, desenvolver sua capacidade de questionar, investigar, divergir, argumentar, analisar, experimentar e avaliar.

Compreende-se que este é o momento em que o aluno dispõe para refletir com possibilidade de intervenção naquele que será seu campo de atuação profissional, aliado pela supervisão pedagógica de profissionais do serviço e/ou da Instituição de Ensino Superior (IES). Para Landim *et al.* (2011), o processo de trabalho do enfermeiro compreende técnicas propedêuticas e terapêuticas em que o aluno durante seu internato será estimulado a vivenciar e exercitar o pensamento crítico para as tomadas de decisões eficazes, eficientes e humanizadas.

Espera-se que esta vivência nos cenários de prática permita ao aluno uma visão mais ampliada das condições de determinação de vida das pessoas, tornando-se, cada vez mais,

sensível a realidade e com capacidade para intervir nela, desenvolvendo uma nova consciência social.

Todo este processo, entretanto, precisa ser analisado e avaliado para que se possa enxergar o quanto próximo ou distante se estar das expectativas atribuídas ao internato de enfermagem na atenção básica.

Entende-se que o internato de enfermagem constitui-se em uma oportunidade significativa para o desenvolvimento do processo avaliativo acerca das competências esperadas para o futuro enfermeiro. Momento oportuno para o estudante se autoavaliar diante das situações problemas com que se defronta e que precisa mobilizar seus conhecimentos, habilidades e atitudes na busca da resolução da situação limite. É no serviço que o aluno vai se dá conta do que já apreendeu e o que precisa buscar e aperfeiçoar para o desenvolvimento das competências requeridas para ser enfermeiro. Oportunidade também para os supervisores/preceptores identificarem necessidades de aprendizagem do estudante e assim planejar as vivências que oportunizem o desenvolvimento das competências requeridas.

A preceptoria de enfermagem assume papel fundamental no desenvolvimento e avaliação do internato. Apesar de ser uma nova perspectiva para o ensino de graduação, a preceptoria já é uma prática bastante desenvolvida na área da saúde. O preceptor é o profissional da IES ou do serviço que deve ter a capacidade de integrar os conceitos e os valores da escola e do trabalho, ajudando o aluno em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde. Supervisiona e orienta no processo de decisão em questões éticas e morais da profissão. Podem também ter a função de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento e crescimento pessoal dos estudantes. Tudo isso por uma quantidade de tempo fixo e limitado com o propósito específico de socializar o noviço em seu novo papel (ABEM, 2013).

O enfermeiro preceptor deve estar imbuído do comprometimento da formação integral de seu aluno, servindo sempre de referência para o mesmo. Deve assumir papel de facilitador e intermediador da integração do aluno ao serviço e a equipe de saúde como apoiador, motivador, provocador para novos conhecimentos e novas práticas com vistas a transformar a realidade, e colaborar para a formação pessoal e profissional do aluno (ITO; TAKAHASHI, 2005).

Defende-se que a atuação pedagógica do preceptor deve ser pautada na filosofia do educador Paulo Freire, fundamentada no diálogo, na participação, na reflexão crítica sobre a

prática e no respeito ao saber dos educandos. Para o autor, a compreensão da relação ensino-aprendizagem não se restringe a transferência de conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção (FREIRE, 1996).

Sabe-se que muitos são os desafios a serem superados no campo da prática. No cotidiano dos CSF encontram-se os enfermeiros preceptores divididos entre diversas atribuições e o espírito de cooperação e responsabilidade na formação dos internos. Pode-se encontrar também profissionais do serviço com pouca implicação com a formação do estudante, por não terem sido formados para a docência, e sim para a assistência. Compreende-se que nas unidades de um sistema saúde escola, os profissionais devam assumir uma postura de cooperação com a formação de profissionais, considerando que todos são preceptores em potencial. Este sistema é definido por Andrade (2004) como uma estratégia de gestão da educação permanente transformando toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional.

Em um segundo estudo sobre o estágio supervisionado de enfermagem na atenção básica, realizado por Rodrigues e Tavares (2012) os docentes e preceptores destacam os principais elementos para o planejamento dialógico do estágio supervisionado: construção cooperativa, objetivos do processo ensino-aprendizagem, rotinas/atividades do serviço, necessidades específicas de aprendizagem do aluno e necessidade da clientela. A instituição analisada realizou capacitações pedagógicas frequentes envolvendo preceptores e docentes. Os alunos e usuários não participam do planejamento. Observa-se que são poucos os cursos onde esta participação está presente desde o planejamento até a avaliação. Docentes e preceptores são apontados como impulsionadores do diálogo entre os projetos assistenciais e de ensino.

Buscou-se diante da problematização apresentada arguida pela experiência de nove anos como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (principal estratégia da atenção básica no Brasil), de três anos como preceptora do PET (Programa Educação pelo Trabalho), por três vezes preceptora do internato de enfermagem na AB e mestranda em saúde da família, a estudar o internato de enfermagem na Atenção Básica, orientada pelos seguintes questionamentos: Quais os objetivos dos docentes, preceptores e dos internos em relação ao internato de enfermagem na atenção básica para a formação profissional? O desenvolvimento do internato de enfermagem na atenção básica se orienta pelo perfil e competências preconizadas nas DCN para os cursos de enfermagem? Como o internato de enfermagem tem se aproximado do perfil anunciado pela Política Nacional de Atenção Básica?

Considerando o contexto de inserção do curso de mestrado que realize (situado no município de Sobral que conta com a participação de três instituições de ensino/formação em saúde- UFC, UVA e EFSFVS) somado a prerrogativa de defesa do sistema saúde do município se constituir um Sistema Saúde Escola<sup>2</sup>, o olhar da pesquisa foi direcionado na busca de pistas e respostas aos questionamentos apresentados e a elaboração de novos questionamentos aos dois cursos de graduação em enfermagem situados no referido município, sendo um de caráter público e outro privado. O município de Sobral está situado no semiárido cearense, fazendo parte do conjunto de municípios que se aproximam pelas suas particularidades regionais, possuindo um perfil de formação dos enfermeiros na AB similar nessa região.

Espera-se que as respostas a estes questionamentos, possam contribuir para um melhor alinhamento entre os objetivos anunciados pela DCN no que se refere à formação do enfermeiro e a concretude deste na perspectiva de docentes e discentes. Esperando ainda colaborar com a produção de conhecimentos sobre internato em enfermagem na atenção básica, visto que levantamento realizado percebeu-se uma insuficiência de estudos, conforme referido anteriormente.

---

<sup>2</sup>É um modelo ampliado de organização dos processos de ensino-aprendizagem, integrado a rede local de saúde (SOARES *et al.*, 2008).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar o internato de enfermagem na atenção básica em duas escolas de enfermagem situadas no semiárido cearense.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever a compreensão dos internos; dos preceptores e dos docentes do internato na AB acerca dos objetivos, desenvolvimento e avaliação deste;
- Examinar a convergência dos objetivos e estratégias de aprendizagem do internato na atenção básica nas escolas referidas com o que é preconizado nas DCN para Enfermagem;
- Correlacionar as ações/atividades realizadas pelo interno de enfermagem com as atribuições esperadas para o enfermeiro expresso na Política Nacional de Atenção Básica.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Este capítulo tem a intenção de apresentar as bases teóricas que darão sustentação a análise dos resultados. Os referenciais norteadores deste itinerário investigativo foram as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem e a Política Nacional de Atenção Básica. Outrossim, nos ancoramos em outros referenciais que colaboraram para conferir uma análise com maior densidade histórica contextual ao internato em enfermagem. Assim, este capítulo está estruturado em cinco tópicos: formação de recursos humanos na saúde para o SUS; Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem; atribuições do enfermeiro na Política Nacional de Atenção Básica; estágio supervisionado de enfermagem e estratégias de integração ensino-serviço no internato de enfermagem na AB.

#### **3.1 Formação de Recursos Humanos na Saúde para o SUS**

No Brasil, onde as relações sociais são norteadas pelo capitalismo monopolista, o processo de mudança é reforçado pelas peculiaridades deste modelo e sofre restrições que lhe são próprias. Estas limitações atingem diretamente não apenas a formação profissional, mas também, em maior ou menor escala, as instituições de ensino e aquelas onde os alunos realizam os seus estágios. Nesta perspectiva, para se compreender a formação profissional, há de se conhecer os determinantes institucionais a ela imbricados e os fatos históricos (BURIOLLA, 2011).

As instituições são instrumentos contraditórios de reprodução das relações da sociedade ao mesmo tempo em que desenvolvem mecanismos de sustentação da ideologia de interesse dos grupos dominantes. Abriga dentro de si pressões e tensões provocadas por interesses de grupos contraditórios, fazendo repercutir muitas das vezes de forma negativa na formação profissional (BURIOLLA, 2011).

Diante disso, veremos a partir de agora os esforços e as limitações que marcaram a formação de profissionais para à saúde no Brasil nestas últimas décadas.

Nos anos de 1970 e 1980 no setor saúde, o modelo de organização do sistema, era na lógica flexneriana, com prioridade da medicina curativa centrada no hospital, no profissional médico e na compra de serviços ao setor privado por parte do setor público, longe de atender as necessidades da população brasileira (BRASIL, 2011).

Neste mesmo contexto, a formação era pensada à luz de lógicas distintas. A da saúde pública, com suas ações centradas no Estado, buscando coordenar a relação com estados e municípios para viabilizar as grandes campanhas nacionais, e a da medicina previdenciária que, para dar conta da ampliação da cobertura a que se propunha, inicialmente com os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), em seguida com o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e depois com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), estimulou o crescimento do setor privado tanto na prestação de serviços quanto na própria formação dos profissionais, incentivando-o financeiramente à abertura de estabelecimentos de saúde e de instituições de ensino superior (REZENDE, 2013).

Considerando o papel indutor das conferências em saúde no Brasil, a partir de agora será relatado como o tema Formação de Recursos Humanos se apresentou nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), observando o foco de discussão e a importância que cada momento dava ao tema.

Na 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1941, a Organização Sanitária Estadual e Municipal foi o tema central, com desdobramentos para os seguintes problemas de saúde e da assistência: ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; determinação das medidas para o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e, plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BAIS, 2012). A preocupação com a formação dos profissionais da saúde se limitou a querer saber se médicos, enfermeiros ou visitadoras sanitárias, técnicos de laboratório, guardas, entre outros profissionais, teriam realizados cursos especiais (REZENDE, 2013).

Com um enfoque ainda muito restrito nas discussões acerca das ações de saúde, a 1ª Conferência Nacional de Saúde se voltou para discussão sobre o controle das epidemias através de campanhas de vacinação e do saneamento básico das cidades. E quanto a formação de profissionais não havia uma preocupação com a qualidade da formação e dos serviços ofertados a população.

Diante dos seus poucos registros deixados, a 2ª Conferência Nacional de Saúde, em 1950, com um temário destinado a analisar “Pontos de vista dominantes entre os Sanitaristas”, não trouxe para seu espaço as discussões sobre formação de recursos humanos (BRASIL, 2009a).

Percebe-se que durante muitos anos houve um equívoco em não levar a formação dos profissionais da saúde para o palco das discussões políticas públicas brasileiras, como forma de superar os problemas de saúde vivenciadas à época e gerar um novo cenário de saúde para a população.

Já na 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, cujo tema foi a “Situação sanitária da população brasileira”, a “formação de pessoal” é claramente apontada como assunto relevante nas discussões acerca da formulação de políticas públicas voltadas para a área da saúde, que, giravam em torno, principalmente, das questões relativas ao planejamento da administração e do desenvolvimento do país (REZENDE, 2013). A pauta em questão tratava da carência e má distribuição de mão-de-obra, necessidade de traçar programas de capacitação, fixação e interiorização de profissionais de saúde em regiões menos favorecidas. Nesta época, a temática recursos humanos era de competência do Ministério da Educação (SAYD; JUNIOR; VELÂNDIA, 1998).

Pôde-se verificar um maior destaque ao tema recursos humano na 4ª Conferência Nacional de Saúde, em 1967, a partir do temário: “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”. Havia uma expectativa que a partir dessa conferência a problemática da formação assumisse lugar estratégico na agenda do estado brasileiro. O Ministério da Saúde passou a valorizar esse debate e assumiu a responsabilidade por promovê-lo apoiado na racionalidade do planejamento (REZENDE, 2013).

A entrada da formação de recursos humanos na agenda do governo federal, no sentido de desenvolver melhor os trabalhadores, não se restringia à área da saúde. No final da década de 1960, a Reforma Administrativa e Universitária expressam os esforços do governo brasileiro para alcançar a “modernização do aparelho estatal”. Neste contexto, o ensino superior, em longo prazo, era visto como investimento prioritário pela sua alta rentabilidade econômica, bem como pela valorização do trabalhador, favorecendo o desenvolvimento do país (REZENDE, 2013).

Em contrapartida, a 5ª Conferência Nacional de Saúde em 1975, não tratou da formação de recursos humanos. Sua maior contribuição foi à implementação da Lei nº 6229/75 que cria o Sistema Nacional de Saúde e distribui as atribuições entre Ministério da Saúde (responsáveis pelas ações de coletivas de saúde pública) e o sistema de assistência médica previdenciária (responsáveis por ações de assistência à saúde individual) (BRASIL, 2009a).

Da mesma forma, a 6ª Conferência Nacional de Saúde em 1977, não trouxe contribuições ao campo da formação profissional. Teve seu temário voltado à avaliação de estratégias de implantação de programas governamentais. Reintroduziu o debate sobre a necessidade de uma Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2009a).

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1980, tematizou “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Embora o temário contemplasse a articulação intersetorial, financiamento, participação comunitária, supervisão e educação continuada para os serviços básicos de saúde entre outros, o eixo dos debates foi a formulação e implementação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), rede básica de saúde com cobertura universal, sob a égide dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Seguridade Social (BRASIL, 1980).

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, foram definidas prioridades para a área de recursos humanos que orientaram a 1ª Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos no mesmo ano. Dentre os três eixos principais discutidos, estava o da preparação de recursos humanos, enfocada sob a ótica da formação e aprimoramento pessoal dos níveis médio e elementar, ensino de graduação e pós-graduação, educação continuada e integração docente-assistencial (BRASIL, 2011).

A partir da 8ª CNS, as conferências assumiram um caráter propositivo, passando a ter a responsabilidade de avaliar a situação de saúde e indicar as diretrizes para a formulação de políticas de saúde (BAIS, 2012). As teses e as discussões da 8ª CNS foram incorporadas, quase que em sua totalidade, na Constituição de 1988 e a regulamentação dos artigos constitucionais referentes à saúde (arts. 196 ao 200) por meio das Leis Complementares n. 8.080/1990 e 8.142/1990 instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO, 2006). Com a nova Constituição, coube ao SUS o ordenamento dos recursos humanos, gerando a necessidade para a sua operacionalização de um maior quantitativo de profissionais e esforços vêm se revelando no que diz respeito a qualidade dos mesmos.

A Lei 8.080/90 definiu que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento de seus objetivos de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, e de valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Alcançar esta dedicação exclusiva ao SUS é por vezes complexa, já que convivemos com um setor privado, que tem buscado atrair novos usuários e profissionais da saúde, através de uma maior oferta de serviços, equipamentos sofisticados, melhores condições de trabalho e remuneração. Entende-se que maiores investimentos devam ser feitos no setor saúde e na formação de recursos humanos, para que o pertencimento ao SUS aumente.

Entretanto, as Normas Operacionais do SUS (NOB/SUS e Noas/SUS) pouco auxiliaram na organização da área de recursos humanos nas três esferas de gestão, apenas definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS (BRASIL, 1990).

A 9ª CNS é convocada em 1992, e pouco acrescentou ao debate travado na 8ª Conferência. Vem reafirmar, entre outras necessidades, a de uma política de recursos humanos para o SUS, a definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos, a implementação de estímulo à interiorização de profissionais de saúde, o estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde. Recomendou ainda a imediata regulamentação do artigo 200, entre medidas que vão desde universidade pública, gratuita e autônoma, a serviço civil obrigatório para a área da saúde, traduzidas por estágio compulsório na rede básica de serviços, a ser incluído no currículo de formação de profissionais de saúde (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006).

Em seu relatório final foram apresentadas algumas propostas: a integração entre instituições formadoras de recursos humanos e prestadoras de serviços de saúde, incluindo-se nesse processo os conselhos de saúde e de educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação; revisão dos currículos de formação, para a construção de um modelo assistencial referenciado à epidemiologia e às ciências sociais; obrigatoriedade, para as instituições privadas vinculadas ao SUS, de terem um plano de qualificação profissional para os seus trabalhadores e garantia de profissionalização de trabalhadores sem qualificação específica; criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com reordenação de papéis em cada um dos níveis, inclusive nas instâncias regionais; criação de um sistema de informações sobre recursos humanos, contemplando os três níveis de governo, para servir de base ao planejamento, à preparação e à gestão, no qual estejam incluídas as instituições privadas vinculadas ao SUS,

como condição para manutenção desse vínculo ou para novos credenciamentos (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006).

Na sequência, tem-se em 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema: “SUS - construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Entre suas pautas, estava a da formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Dentre as propostas, sobressaía a incumbência ao Ministério da Saúde de apresentar um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde baseado nos princípios de estímulo à utilização das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de trabalhadores em saúde (sistema de saúde-escola), com a supervisão das unidades de ensino e de serviço, garantindo um intercâmbio qualificado entre essas instituições e a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS; estímulo à criação de Escolas de Saúde Pública em todos os Estados da União; fomento à Educação Continuada, através do aumento de vagas para a residência médica e a criação de programas de residência e estágios de enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e todas as profissões de nível superior ligadas à saúde (BRASIL, 1996).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000 teve seu temário “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social e dentre os subtemas tratou da política nacional de recursos humanos para o SUS; relações de trabalho; desenvolvimento de trabalhadores em saúde; formação de pessoal para a saúde; processos de educação para o SUS (BRASIL, 2009a).

Reforçando as discussões sobre a integração ensino-serviço que marcaram a 10ª Conferência, veio a 12ª Conferência Nacional da Saúde em 2003 tematizada “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos” tratou da formação dos profissionais da saúde orientada pelos objetivos de ampliar e implantar os Pólos de Educação Permanente em Saúde em todos os estados; modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde; garantir que no mínimo 50% das residências acadêmicas e dos estágios curriculares da área de saúde no setor público fossem realizados na atenção básica; exigir dos órgãos competentes um rigoroso cumprimento da legislação e das demais normas expedidas pelos órgãos do poder público para abertura e funcionamento de cursos de formação de profissionais da área de saúde. Recomendou ainda que o MS em parceria com o ME incluísse e priorizasse estágios para universitários e técnicos nos serviços públicos, com auxílio de bolsas e garantisse

recursos financeiros para a adequação de estágios para a formação profissional, tornando obrigatória à criação de convênios para realização de estágios de graduação entre universidades públicas e unidades e serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2004).

A 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007 teve como tema central: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”, com debates centrados no desafio para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI. Os temas trataram do Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o Pacto pela Saúde; e a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde (BRASIL, 2009a).

Em 2011 ocorreu a 14ª Conferência Nacional de Saúde, a qual teve como tema: “Todos usam o SUS, SUS na Seguridade Social, Política Pública e patrimônio do povo brasileiro”. O campo da formação na saúde esteve presente no diálogo temático: “Valorização do trabalho e formação profissional para o SUS”. Deste resultou as propostas de determinar que todos os cursos de formação de profissionais de saúde tivessem em suas disciplinas ou módulos temas sobre o Sistema Único de Saúde, seus princípios, diretrizes e modos de funcionamento, preparando os profissionais de saúde para o trabalho no SUS; garantir a educação permanente em saúde como a estratégia para qualificação e apoio aos profissionais de saúde e gestores do SUS – tanto em nível médio como em nível universitário – firmando parcerias com instituições públicas de ensino (BRASIL, 2012a).

Após setenta anos depois da 1ª Conferência Nacional de Saúde, de várias discursões e movimentos da sociedade, da implantação de uma nova política de saúde que é o SUS, observa-se que atualmente se tem um novo modelo de saúde que, embora tenha muito a ser superado, ainda assim se reconhece que muito se avançou no que diz respeito a qualidade da assistência e da formação profissional. Assim, ao logo dos anos das Conferências Nacionais de Saúde ficou evidente no cenário brasileiro que além de instituir uma nova política de saúde, se fazia necessário adequar a formação profissional ao perfil desejado. Nessa perspectiva é que também se aguarda a próxima conferência.

No corrente ano (2015), vivencia-se em todo o território brasileiro as Conferências Municipais e Estaduais, etapas que antecedem a 15ª Conferência Nacional de Saúde que tem como tema “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas” e o eixo “Direito do Povo Brasileiro” que acontecerá entre os dias primeiro e quatro de dezembro desse mesmo ano. Apresenta como eixos temáticos o Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade;

Participação Social; Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; Financiamento do SUS e Relação Público- Privado; Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS; e Reformas Democráticas e Populares do Estado (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2015). Com relação a formação do profissional do SUS, aguarda-se o relatório final para se conhecer os encaminhamentos que serão originados com a culminância da CNS.

Tendo apresentado as CNS com os destaques para a área de formação em saúde, passamos a discorrer especificamente sobre as Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS). Muitas destas conferências foram anunciadas ou fomentadas a partir das conferências nacionais de saúde.

A I CNRHS realizada em 1986 teve como tema central a “Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária”. Contou com cerca de 500 participantes, entre profissionais da área de saúde, educação, trabalho e administração e usuários do setor. O tema foi desenvolvido em cinco eixos: valorização profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006).

No que concerne especificamente a formação, os principais problemas identificados foram a ausência de integração ensino/serviço, alienação das escolas da área de saúde da realidade social, conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o sistema formador (como exemplo, a lógica privatizante). A integração ensino/serviço era reforçada a partir de experiências localizadas, geralmente atreladas a projetos de Integração Docente Assistencial-IDA, com financiamento próprio, pouca adesão do corpo docente e baixa institucionalidade. Os modelos curriculares observados na área das ciências da saúde já apresentavam uma desarticulação interna: áreas básicas e clínicas, práticas e estágios. De outro lado, a instância “serviço” era identificada como o local da “má prática” e inadequado para o processo de formação de um bom profissional (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006).

Naquele momento foi diagnosticado que as instituições de ensino superior mantinham uma estrutura complexa, autoritária, burocrática e centralizadora. Reproduziam a estrutura de classes que as sustentavam, mantendo cursos que atendiam aos anseios da classe hegemônica. Mantendo na área da saúde um enfoque individualista, hospitalar e privatizante. Ao mesmo

tempo, sofriam com o sucateamento no plano da estrutura física e material que repercutia na prática didático-pedagógica (BRASIL, 1986).

O relatório da 2ª CNRHS em 1993 relata que o conhecimento repassado por disciplinas é fornecido por departamentos cada vez mais especializados. Mais ainda, os procedimentos pedagógicos adotados para o repasse do conhecimento estavam baseados em uma atuação passiva do aluno, com grande conteúdo de carga horária teórica em detrimento da vivência prática, sendo incapazes de promover a relação entre o conhecimento adquirido e a futura prática. Desta forma, o desenvolvimento de habilidades técnicas, para um sistema de alta complexidade diagnóstica e terapêutica, se contrapunha à capacidade crítica para apreensão da realidade de saúde em uma população com diferentes perfis epidemiológicos (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006).

A 3ª Conferência de Recursos Humanos em Saúde ocorrida em 2003 representou uma inflexão para o campo do trabalho e do trabalhador da área da Saúde, apontando sua centralidade para êxito da implementação da política de saúde. Esta conferência aconteceu num momento em que a temática recursos humanos assumiu um foco discursivo na agenda da saúde, com destaque para a escolha temática do Dia Mundial da Saúde e do Ano Mundial da Saúde em 2006 (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006) e a elaboração dos “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS” na 10ª Conferência Nacional de Saúde e aprovação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde sobre os Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS. Destaca-se ainda que foi neste mesmo ano que o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com dois departamentos: Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e Gestão da Educação na Saúde (BRASIL, 2011).

Os desdobramentos dessas mudanças fizeram surgir algumas iniciativas levada a cabo pela articulação entre o Ministério da Saúde e da Educação, manifestadas na elaboração de ações como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROSAÚDE) (BRASIL, 2005).

O Pró-Saúde a partir da perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pela IES, antevendo uma escola integrada ao serviço público de saúde, na produção do conhecimento, na

prestação de serviços e que o egresso estivesse apto para dar respostas às necessidades concretas da população brasileira, em direção ao fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005). Nesta perspectiva, profissionais de saúde, docentes e estudantes deveriam estar inseridos no mundo do trabalho, vivenciando a prática da educação permanente, tendo em vista qualificar a formação e os processos de trabalho dentro das unidades de saúde.

Com efeito, no mundo do trabalho, pode-se observar a transição do conceito clássico de qualificação profissional para uma concepção de competência, em função de novas demandas do setor produtivo e da falência dos métodos destinados a adaptar pessoas aos mercados e aos postos de trabalho. A crise na qualificação decorre da inserção das economias em mercados globalizados, da crescente exigência de competitividade e de produtividade e da vertiginosa incorporação de novas tecnologias duras que requerem flexibilidade e polivalência dos trabalhadores (BATISTA *et al.*, 2013).

Neste novo contexto, tem sido proposta a elaboração do currículo baseado em competências, o qual diz respeito à necessidade de se reorientar a educação para o trabalho. Considerando a celeridade das transformações sociais, em um cenário no qual a produção de conhecimento é extremamente rápida, levando a interrogação com relação aos valores até então considerados inquestionáveis, a influência dos meios de comunicação na modulação do homem/profissional, a ascensão do neoliberalismo e da globalização tem gerado significativas mutações, evidenciando seu impacto nos modos de operar a educação de homens e mulheres para a vida em sociedade, abrindo espaço para a reorientação dos processos ensino-aprendizagem, sobretudo na formação do profissional da saúde (BATISTA *et al.*, 2013).

Perrenoud (1999) defende que currículos voltados para a construção de competências devem promover uma limitação na quantidade de conhecimentos ensinados e exigidos, dando prioridade aos conteúdos que possam ser exercitados pela mobilização em situações complexas.

Nesse mesmo sentido, Silva e Egry (2003) defendem que o processo ensino-aprendizagem alicerçado em competência pressupõe saberes intensamente trabalhados, para que possam ser mobilizados de acordo com as situações complexas e imprevisíveis, ou seja, não se poderiam formar competências por meio de um currículo que privilegie apenas a transmissão dos conteúdos, sem promover situações em que esse conhecimento seja empregado em contextos vividos.

Um dos grandes problemas que ainda se vivencia é que a maioria dos cursos de escolas públicas e privadas continua formando profissionais como se eles fossem trabalhar no Brasil dos anos 1980. O SUS foi mais rápido do que a reforma do ensino. Há também o problema de campo de estágio: a integração docente assistencial é muito heterogênea e irregular porque, no modelo tradicional de formação, o hospital era o campo de estágio. Então, precisamos ter um sistema de saúde que interaja com os diversos fatores que interferem em seu resultado final (CAMPOS, 2006).

Destaca-se que algumas instituições do ensino superior e da saúde veem se organizando para promoverem alinhamento com as Diretrizes Curriculares Nacionais, os princípios e diretrizes do SUS e a adoção da integralidade na formação e no desenvolvimento das práticas profissionais; enfocando seu processo de trabalho no usuário, tornando cada vez menos atuante a prática profissional ainda hegemônica centrada na queixa-conduta, no procedimento e no profissional médico (BATISTA *et al.*, 2013).

Tendo apresentado a linha do tempo da educação na saúde no Brasil a partir das CNS e CNRHS avançando nas estratégias interministeriais para alinhamento da formação dos profissionais de saúde reconhecendo que nesta busca sobressaem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), passamos a discorrer sobre as DCN para a Enfermagem (e os movimentos que as antecederam), por ser esta referencial para análise do objeto em apreço.

### **3.2 Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem**

A trajetória histórica dos cursos de graduação em enfermagem foi marcada por várias alterações curriculares, que guardam relação com as necessidades de cunho sócio-político-econômico e de qualificação da formação. Desse modo, a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980 e 1990, indicaram mudanças para os cursos de saúde, dentre eles, a enfermagem apontando um novo perfil profissional. Nesta perspectiva, a prática profissional teria que se adequar no ensino e na assistência a um novo sistema de saúde para dar conta das inovações e implicações desta política social (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Neste sentido, as mudanças ocorridas no cenário da atenção à saúde exigiram profundas transformações na formação dos profissionais da área, em que se viu a necessidade de mudar a forma de ensinar e aprender para poder ver também mudar a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde, com impacto na qualidade de vida das pessoas.

Ciuffo e Ribeiro (2008) reforçam esta ideia afirmando que as transformações mais recentes das bases filosóficas, metodológicas e organizacionais da educação e do sistema de saúde brasileiros repercutiram nas instituições de ensino superior e demais áreas da saúde, provocando desafios aos novos modos de organização do trabalho em saúde e às decorrentes exigências a respeito do novo perfil dos profissionais.

Entre as mudanças que se buscavam para adequar a formação profissional as novas necessidades de saúde das pessoas, encontrava-se também as discussões pelas reformas curriculares que já duram algumas décadas. Inicialmente foi aprovado o currículo mínimo em 1994, estando fundamentado no perfil epidemiológico e sanitário da população, na organização dos serviços de saúde, no processo de trabalho em enfermagem e na articulação entre serviço e ensino. Nessa proposta foram definidas grandes áreas temáticas ao invés de disciplinas específicas e cargas horárias fragmentadas (KIKUCHI, 2009).

Atualmente se busca um currículo integrado, que agrega princípios da globalização, da interdisciplinaridade, das relações entre as esferas econômicas, sociais e políticas. Nesse currículo defende-se que o conhecimento é construído com a integração das diversas ciências, quando há comunicação e troca de dados, informações e problemas de forma crítica e criativa, quando o aluno pode experimentar compreender valores e participar ativamente do mundo em que vive (KIKUCHI, 2009).

Um currículo com essas características vem confrontar o modelo pedagógico tradicional predominante nos cursos da área da saúde, onde o ensino é centrado fortemente em conteúdos isolados, com destaques para as especialidades da clínica, dissociação dos conhecimentos das ciências das áreas básicas e clínicas e ênfase no tecnicismo. Além de não permitir a construção da aprendizagem ativa pelo estudante (KIKUCHI, 2009).

Em resposta aos desafios e demonstrando preocupação com a consolidação das mudanças nas ações e na formação dos trabalhadores na área da saúde, o Ministério da Educação, por meio do Conselho Nacional de Educação, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem em 2001 (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área de saúde (medicina, enfermagem e odontologia), elaboradas em meados da década de 90, foram homologadas pela Resolução nº3/2001-CNE, sendo resultantes de um processo de discussão entre representantes do governo, professores, estudantes, pró-reitores e diretores de escolas, entre outros, destinando a

orientar a formação desses profissionais, tendo como base conhecimentos gerais e ênfase no compromisso social. Isso implica repensar o papel da escola que, até então, pouco ou quase nada dialogava com a sociedade (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

Esta norma representa um instrumento norteador do processo de construção dos Projetos Pedagógicos (PP) e revelam as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas do processo de formação (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Quanto ao Projeto Pedagógico (PP) dos cursos de graduação em enfermagem, este deve ser “construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem”, conforme versam os art. 8º e 9º do texto resolucional. O PP deverá contemplar atividades complementares presenciais ou à distância, através de estudos e práticas independentes, formando o aluno na perspectiva do futuro enfermeiro engajado no processo de educação profissional permanente. O “projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência” (BAIS, 2009).

A implantação dessas Diretrizes tem sido assumida como um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação de enfermagem (TEIXEIRA *et al.*, 2013). No entanto, a aprovação das diretrizes não é suficiente para que seus eixos norteadores sejam incorporados ao ensino, vai depender de sua inserção em cada currículo e de avaliações do impacto que as mesmas representam no ensino e nas práticas nos serviços de saúde (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

O currículo constitui-se como um elemento balizador das práticas pedagógicas, devendo ser continuamente construído e reinventado, sustentado por crenças e valores compartilhados entre diretores, professores e estudantes, de acordo com a cultura em que estão imersos. Parece-nos claro, portanto, que a formação dos profissionais da saúde e o trabalho no âmbito do SUS devam ser indissociáveis e permanentemente próximos, para que os problemas enfrentados na realidade dos serviços revertam-se em objeto de análise nas aulas dos cursos e contribuam para reconstruir o campo teórico da educação em saúde (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

Segundo Waldow (2005, p.11) o currículo de enfermagem representa as crenças corporificadas sobre a natureza da disciplina de enfermagem. Essas crenças sugerem as características do corpo docente, discente, administração e demais recursos humanos e estruturais. É o componente central com o qual os demais componentes se inter-relacionam.

Um movimento disparado com a aprovação da LDB em 1996, foi a viabilização da ampliação de instituições de ensino superior no país, essencialmente pela estratégia de

interiorização (2003 a 2007) e também do aumento de vagas nos grandes centros urbanos. Essa Lei trouxe a possibilidade de mudança e inovações para os cursos de graduação, assegurando as instituições de ensino superior (IES) a sua autonomia didática e a responsabilidade na construção e definição dos currículos (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Pactuando com a LDB, veio o Plano Nacional de Educação (PNE), estabelecendo metas para o decênio de 2001 a 2011 tais como o aumento do número de vagas para os cursos superiores, compatível com a cobertura de 30% dos jovens brasileiros entre 18 e 24 anos. O aumento significativo no quantitativo de instituições de ensino superior especialmente a nível privado gerou preocupações já que esta expansão nem sempre vem acompanhada da observação das necessidades e demandas regionais, sem o devido acompanhamento de sua qualidade e distribuição desproporcional nas regiões do país (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Concomitantemente ao período da interiorização e reestruturação, ocorreu a fase da integração regional e internacional com a criação de quatro universidades: Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), que integra os estados fronteiriços da região Sul do Brasil; Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa), que é a universidade da integração amazônica; Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila), voltada para todos os países da América Latina; e Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), cujo objetivo é a aproximação entre os países falantes da língua portuguesa em outros continentes, como África e Ásia (BRASIL, 2012b).

Esta fase, por meio do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), trouxe um expressivo crescimento não somente das universidades federais, mas também de campus no interior do país. De 2003 a 2010, houve um salto de 45 para 59 universidades federais, o que representa a ampliação de 31%; e de 148 campus para 274 campus, crescimento de 85%. A interiorização também proporcionou uma expansão no país quando se elevou o número de municípios atendidos por universidades federais de 114 para 272, com um crescimento de 138%. Ainda no âmbito da integração e do desenvolvimento regional, destacam-se a criação de 47 novos campus no período entre 2011 e 2014 (BRASIL, 2012b).

O acelerado e desordenado crescimento de cursos e oferta de vagas de graduação em Enfermagem sem o devido acompanhamento da sua qualidade indica a necessidade de estudos adicionais sobre a Educação em Enfermagem no Brasil. Essa expansão apresenta relação direta com o desenvolvimento econômico e social do país, uma vez que o Brasil apresenta baixa

proporção de alunos, na faixa etária relevante, matriculados no ensino superior (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Diante do exposto anteriormente e em atendimento a Carta de Belém, aprovada no 13º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn) e as Diretrizes do Movimento pela Qualidade da Formação dos Profissionais de Enfermagem (ABEn/COFEn), foi instituído um Grupo de Trabalho (GT), pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional), com a finalidade de elaborar um panorama da Educação em Enfermagem no Brasil no período da década das Diretrizes Curriculares Nacionais (2001-2011) e, também, de definir estratégias e proposições que possibilitem a melhoria na qualidade da formação dos profissionais de enfermagem, considerando a diversidade regional e a especificidade da área (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Com o entendimento de que as demandas da sociedade para com a área da saúde aumentaram e se ganharam maior complexidade na contemporaneidade, se evidencia a necessidade de um processo formativo diferente, que abarque as necessidades de saúde na perspectiva de superação do modelo hegemônico hospitalocêntrico e individual para ações de integralidade, articulando a saúde coletiva e a clínica (SILVA; RODRIGUES, 2010). As DCN vêm contribuir com este novo cenário desejado, na medida em que delinea o perfil do egresso, o qual deve estar claramente anunciado no Projeto Pedagógico (PP) do curso:

- I -Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e
- II -Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem” (RESOLUÇÃO CNE/CES Nº3 DE 7/11/2001).

A formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos do SUS (BRASIL, 2005).

As DCN enfatizam a aprendizagem significativa, na qual o estudante reconhece e assume sua própria responsabilidade na apropriação e na produção do conhecimento cognitivo, procedimental e afetivo, essencial à formação dos trabalhadores para o SUS (FREIRE, 2013).

A resolução destaca ainda, seis competências e habilidades a serem desenvolvidas para o bom exercício da profissão. O conhecimento corresponde a uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo, que lhe permite entender o ambiente e as relações diretamente ligadas às atividades humanas e naturais no mesmo. Já as habilidades correspondem à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido com vistas à consecução de um propósito definido. E a atitude diz respeito ao conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos e, ainda, aos aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho (RUTHES, 2008).

- Atenção à saúde: o profissional de saúde deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com os três níveis de atenção do sistema de saúde. O profissional deve realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção só se encerra com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo;
- Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas;
- Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, nas relações com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

- Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e agir de forma cooperativa com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

A referida Resolução expõem em seu texto alguns requisitos para a formação dos enfermeiros, dentre os quais destacam-se: os conteúdos imprescindíveis no curso de graduação em enfermagem, a saber, Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Humanas e Sociais; Ciências da Enfermagem, que inclui: Fundamentos da Enfermagem; Assistência de enfermagem; Administração de enfermagem e Ensino de Enfermagem (BRASIL, 2001).

A abordagem das competências descrita nas DCN supõe a articulação do ensino ao mundo do trabalho em saúde, cenário cotidiano no qual o estudante constrói sua prática profissional, desenvolvendo atributos enquanto se depara com situações reais complexas e diversas. Isso exige uma metodologia crítica, que valoriza a problematização da realidade, a autonomia do estudante e o professor como facilitador da aprendizagem (SEMIM; SOUZA; CORRÊA, 2009). O Brasil tem uma notável experiência em aproximação entre a academia e serviços, mas essa ainda está muito aquém do desejável (BRASIL, 2005).

As DCN visam também aproximar a formação em saúde das reais necessidades da atenção básica, representada pela Estratégia Saúde da Família. O distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação dos serviços de saúde vem sendo apontada em todo mundo com um dos responsáveis pela crise do setor da Saúde. Justificando, portanto, em uma maior valorização da formação profissional para a área da saúde e de políticas públicas voltadas para o adequado desenvolvimento da atenção básica (BAIS, 2009).

Considerando esta orientação, passamos a discorrer sobre a Política Nacional de Atenção Básica, com ênfase nas atribuições dos enfermeiros expressas nesta.

### **3.3 Atribuições do Enfermeiro na Política Nacional de Atenção Básica**

O Ministério da Saúde, no ano de 2006, considerando a expansão do PSF como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e os princípios e as diretrizes propostas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, firmados entre as esferas do

governo na consolidação do SUS, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), mediante a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Posteriormente foi revisada constituindo-se na Portaria nº 2488/GM, de 21 de outubro de 2011 (BAIS, 2009).

A Estratégia Saúde da Família no Brasil está implantada em 5.346 municípios, com 34.715 equipes de saúde da família e uma proporção de cobertura populacional estimada em 56,37% (BRASIL, 2013a).

Como fundamentos da atenção básica, a PNAB assim estabeleceu:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2012c, p. 20-23).

Continuando com a orientação legal para a implantação e a operacionalização da ABS no Brasil, a PNAB estabelece as responsabilidades de cada esfera do governo, a infraestrutura e os recursos necessários, o guia de cadastramento das unidades básicas de saúde, as características do processo de trabalho, as atribuições dos membros das equipes de atenção básica e a condução do processo de educação permanente (BAIS, 2012).

Desse modo, todas as ações desenvolvidas na ABS são regulamentadas pela PNAB que aborda inclusive as especificidades da Estratégia de Saúde da Família e o financiamento da atenção básica. Em 2007, foi acrescida à PNAB a Portaria nº. 1625/GM, de 10 de julho de 2007, alterando parcialmente as atribuições do enfermeiro na AB, com a finalidade de ampliar a compreensão do texto que havia sido objeto de questionamento judicial pelo Conselho Federal de Medicina (BAIS, 2012).

A Portaria da PNAB, referente a atribuições profissionais, estabelece atribuições globais e específicas. As atribuições globais são compartilhadas entre todos os integrantes das equipes de saúde, a saber:

- I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII - participar das atividades de educação permanente; e
- XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2012c, p.43-45).

As atribuições específicas são privativas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

A ESF delimita um campo de atuação importante para o enfermeiro, em especial pelas competências gerenciais, assistenciais e educativas assumidas por esses profissionais.

Para o enfermeiro do PACS<sup>3</sup> além das atribuições de atenção à saúde e de gestão comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica cabe:

- I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
- III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
- IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;
- V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

---

<sup>4</sup> Compreende a equipe cadastrada no Ministério da Saúde, formada pelo enfermeiro, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, sem o profissional médico.

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Ao enfermeiro da ABS compete:

I - 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;

II - 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;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2012c, p. 46-47)

A Portaria nº 1625/ 2007 alterou as atribuições do enfermeiro da seguinte forma:

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.

Os enfermeiros da atenção básica têm participado do processo de sua formação e do desenvolvimento do SUS de forma cada vez mais reflexiva e autônoma. Assumem uma postura mais politizada na luta para alcançarem níveis mais aceitáveis de condições de trabalho saudáveis e melhores condições de saúde para as pessoas.

Atento as atribuições que pertencem ao enfermeiro e sabendo da importância do estágio supervisionado para o desenvolvimento destas, inicia-se a seguir uma discussão sobre este processo de ensino-aprendizagem na formação profissional.

### **3.4 Estágio Supervisionado de Enfermagem**

O estágio supervisionado nos curso da graduação em enfermagem começou a criar forma a partir de 1977, quando a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/ UERJ) iniciou algumas discussões com o intuito de obter um currículo que privilegiasse o contato com o cenário do futuro trabalho do aluno de forma precoce, efetiva e intensa. A FENF/ UERJ foi a pioneira no Brasil a implementar, em 1982, o internato de

enfermagem, com bolsa de estudos, nos dois últimos períodos do curso de graduação (CORREIA; BAPTISTA, 2004).

Esta inserção se deu no âmbito hospitalar, havendo a permanência constante do docente e do discente no estágio. O objetivo era obter articulação com os profissionais do hospital para garantir condições necessárias para o bom desenvolvimento técnico-científico do aluno e do professor. Não havia a preocupação em transformar o espaço da aprendizagem em um campo de educação permanente, de conhecer os determinantes do processo saúde-doença para poder compreender a realidade e saber intervir, nem de formar pessoas críticas e reflexivas (CORREIA; BAPTISTA, 2004).

A tendência na atualidade é passar da simples transmissão (prescrição) de conhecimentos, na aprendizagem conhecida como educação bancária, para a compreensão crítica dos conteúdos e dos processos da realidade vivenciada, do treinamento para a aquisição de competências no contexto das práticas cotidianas, assim o estágio supervisionado se posiciona em um espaço imprescindível para a nova prática.

Por ser uma atividade ainda nova nos currículos de enfermagem, o estágio supervisionado sob esta concepção, configura como parte integrante do processo de ensino-aprendizagem e apresenta algumas peculiaridades em sua operacionalização (BOUSSO *et al.*, 2000).

Estágio, segundo Buriolla (2011, p.13), "é o locus onde a identidade profissional do aluno é gerada, construída e referida; volta-se para o desenvolvimento de uma ação vivenciada, reflexiva e crítica e, por isso, deve ser planejado gradativamente e sistematicamente". O estágio é essencial à formação do aluno como um momento específico de sua aprendizagem, propiciando a este reflexão sobre a ação profissional e visão crítica da dinâmica das relações existentes no campo institucional, apoiados na supervisão enquanto processo dinâmico e criativo, tendo em vista possibilitar a elaboração de novos conhecimentos.

Esta prática faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho. Deverá ter acompanhamento efetivo pelo professor orientador da instituição de ensino e por supervisor da parte concedente. Tem como objetivo o aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho, sendo o aluno avaliado por meio de um instrumento (BRASIL, 2008).

A Lei de Estágio N° 11.788 de setembro de 2008 normatiza que o estágio não cria vínculo empregatício de qualquer natureza. Legisla sobre a existência de convênios entre as instituições de ensino e a de campo de estágio, sua carga horária, entre outros, além da providência de um seguro de acidentes pessoais em favor do estagiário. É de responsabilidade das instituições de ensino avaliar as instalações da parte concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do educando (BRASIL, 2008). As DCN declaram o estágio supervisionado como obrigatório nos dois últimos semestres totalizando, no mínimo, carga horária de 20 % (vinte por cento) do total do curso (BRASIL, 2001).

Esta prática deve propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários escolares, a fim de se constituírem em instrumentos de integração, em termos de treinamento prático, de aperfeiçoamento técnico-cultural, científico e de relacionamento humano (BRASIL, 2008).

O estágio curricular é um momento privilegiado e um desafio para os coordenadores, docentes e alunos no sentido de testarem sua capacidade de transitar com desenvoltura da teoria à prática, o que significa disponibilizar mentalmente estruturas conceituais básicas, orientadoras e instrumentos para desencadear a solução das questões apresentadas na realidade (OLIVEIRA, 2000).

Contudo, o estágio configurado como parte integrante do processo ensino-aprendizagem e com qualidade de aprendizagem e situação efetiva de treinamento profissional, apresenta-se, hoje, salvo algumas exceções, com muitas dificuldades de se operacionalizar sob esta concepção (BURIOLLA, 2011, p.17).

O mesmo autor relata que muitas das instituições do campo de estágio não oferecem condições mínimas de estágio, que a unidade de ensino e a da prática está desarticulada e que esta última não assume realmente o estágio com todas as suas implicações.

Neste sentido, o processo de educar o aluno para ser enfermeiro deve propiciar ao educando o confronto com realidades muitas vezes antagônicas, situações conflitantes de ordem técnica e/ou relacional, estimulando a reflexão e análise de todos os fatores de ordem técnica, científica, ética, relacional, social, política, econômica e outros que interagem e acabam determinado o trabalho da enfermagem. (FERREIRA, 2004).

O profissional enfermeiro da AB assumiu diversas funções dentre as quais a de gerenciar as unidades, coordenando o desenvolvimento dos processos, mediando as relações inter-profissionais, realização de consultas de enfermagem, responsável pela equipe para envio de relatórios de produção da equipe, organizar reuniões para sua equipe, vigilância epidemiológica de seu território, mobilizar-se junto a outras categorias para uma atenção multiprofissional, supervisionar os setores da unidade de saúde, realizar educação permanente para os profissionais, mobilizar a participação popular dentro do território, levando este profissional a desenvolver muitas competências e assim enriquecendo o campo de prática do interno de enfermagem.

O espaço de realização de estágios curriculares supervisionados tem-se constituído num lugar privilegiado para reconhecer essas contradições anteriormente mencionadas e promover transformações nas práticas educativas, de modo que, em contato com a realidade, os professores, os alunos e os profissionais de saúde dos serviços locais sejam despertados para a necessidade de se pensar acerca dessa realidade (SILVA; EGRY, 2003).

O encontro desses atores se dá pela estratégia de integração ensino-serviço. O internato de enfermagem na AB está inserido dentro desta estratégia, o que gera a necessidade de um maior conhecimento sobre a mesma.

### **3.5 Estratégias de Integração Ensino-Serviço no Internato de Enfermagem na AB**

A integração ensino-serviço começou a se firmar nos campos da saúde e da educação a partir dos anos 1970 do século XX, dentro de um “contexto de expansão do complexo médico-industrial, quando a proposta das agências internacionais de extensão de cobertura da população, veio ao encontro da necessidade da ampliação do mercado consumidor de serviços de saúde”. Nos hospitais de ensino foi ampliada a força de trabalho, mediante as atividades de alunos e professores, objetivando contemplar a expansão de atendimento à demanda (CORREIA; BAPTISTA, 2004).

Esta integração pode se concretizar por diferentes formas, entre as quais, a relação docente-preceptor do serviço. Os docentes e preceptores do serviço são educadores, que têm como missão construir junto com os alunos uma nova prática e uma nova forma de pensar o mundo, com base nos conhecimentos e competências de cada área, para que possam responder

os problemas de saúde por meio de uma ação integral que considere os diferentes determinantes do processo saúde-doença (SUCUPIRA; PEREIRA, 2004).

De acordo com a Cartilha esclarecedora sobre a Lei de Estágio do Ministério do Trabalho e Emprego, o professor orientador da instituição de ensino deve ser da área a ser desenvolvida no estágio, e será o responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário. Deve orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente (BRASIL, 2010).

E segundo o mesmo documento, o supervisor do estagiário da parte concedente deve ser funcionário do seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário. Atua como facilitador e intermediador da integração do aluno ao serviço e a equipe de saúde. É necessário que esteja preparado e seguro para transmitir a sua experiência, a qual permitirá ao aluno assimilar os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula com a prática que está sendo vivenciada em campo de estágio.

A existência desses dois atores no campo de estágio pode provocar uma dicotomia entre os saberes teóricos e práticos, devido às especificidades das atividades pedagógicas. De modo geral, o docente está mais preparado teoricamente, enquanto o enfermeiro preceptor está mais preparado tecnicamente. Como em nosso entendimento, o profissional enfermeiro é um educador como é o enfermeiro professor, os profissionais devem se apoiar dentro do serviço, buscando cada um superar as suas fragilidades. Contudo, essa diferenciação provoca um certo distanciamento das duas atividades, refletindo no aluno durante o estágio supervisionado (SANTOS, 2006).

Entende-se que a superação desta dicotomia é um desafio. Sabe-se que não é simples desenvolver a interação entre docentes e preceptores diante da disputa de diversos interesses postos em contato, ensino-trabalho, diferenças culturais, experiências diversificadas e as relações de saber-poder existentes entre serviço e academia (TAVARES, 2003).

O estágio supervisionado deve operar sob a perspectiva da pedagogia crítica, em que as relações democráticas são fundamentais entre educador-educando e os métodos de ensino ativo, nos quais o papel do aluno é de participante ativo no processo de construir conhecimentos, dessa forma o professor/preceptor não traz para a sala de aula ou para o cenário da prática o conhecimento pronto (LIBÂNEO, 1994).

Como forma de otimizar as ações que articulam ensino-serviço, o Sistema Saúde Escola no município de Sobral vem se consolidando ao longo dos anos. Sua gênese está situada em um contexto de profundas mudanças políticas e administrativas ocorridas no município, a partir de 1997. O modelo de gestão pretendeu adotar os princípios que primam pelo mérito e pela qualidade no trato da coisa pública. Neste contexto, o Sistema Saúde Escola de Sobral é resultado do esforço empreendido por um conjunto de profissionais que trabalham, colaboram e apoiam-se no interior da rede local de saúde, qualificando o processo de gestão participativa e democrática (SOARES *et al.*, 2008).

Esse modelo dialoga muito com as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais, ao criar um ambiente intra e interpessoal favorável ao diálogo, à análise crítica das práticas, à reflexão, à construção de coletivos e à autonomia dos sujeitos, facilitando e potencializando o processo de humanização da atenção e da gestão em saúde (DIAS *et al.*, 2007, p.32).

A operacionalização do Sistema Saúde Escola é constituída de quatro eixos que demarcam sua organização e efetivação. O primeiro trata das instituições que formam o arcabouço jurídico desse modelo, representado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), devendo ainda somar a estas a colaboração de outras instituições formadoras envolvidas no processo. O segundo eixo se refere ao ético-pedagógico, com a compreensão de que os conteúdos são definidos no cenário da prática, fortalecendo o movimento da educação permanente. O terceiro trata do caráter político do ato de educar. Consiste no empoderamento dos sujeitos envolvidos para assumirem uma visão e uma atitude crítica diante do mundo do trabalho na saúde, construindo sua autonomia. Já o quarto eixo remete a integração entre ensino, pesquisa, gestão e atenção. Historicamente estas dimensões se encontram separadas. Dessa maneira a proposta do Sistema Saúde Escola de Sobral busca trabalhar estes aspectos de forma interligada, evidenciando na *práxis* uma formação coerente (SOARES *et al.*, 2008).

Este modelo não se limita aos prédios, currículos, professores e programas de aprendizagem da EFSFVS e das instituições de ensino, vão para além, operando por vivência de aprendizagem em diversos cenários do sistema, transformando o serviço em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional (SOARES *et al.*, 2008). Nesse modelo o conceito de docente se amplia. Os profissionais que estão em serviço apresentam competência de ensinar a partir de sua formação e de suas experiências, apoiados pelas instituições de ensino (RODACOSKI; COELHO; ALMEIDA, 2013).

Estas aprendizagens que buscamos no Sistema Saúde Escola, emergem, se organizam e são re-significadas no cotidiano dos territórios para, num processo dinâmico, aberto e coletivo, tornar possível a constituição de uma grande comunidade aprendente, na qual todos os agentes do SUS local são naturalmente membros, assumindo dupla posição, educando e educador. A comunidade aprendente implica num coletivo organizado onde seus membros compartilham de uma mesma visão, têm objetivos comuns, são solidários entre si, trabalham e aprendem de forma interdependente, afetando e sendo mutuamente afetados uns pelos outros (SOARES *et al*, 2008).

Os referenciais pedagógicos adotados pelo Sistema Saúde Escola de Sobral fundam-se nos princípios da Educação Permanente, Educação por Competência, na Educação Popular e na Promoção da Saúde.

No Estado brasileiro, a educação permanente mais que um referencial se institui como política nacional instituída pela Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) atualizada pela Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Sua proposta consiste na transformação das práticas de formação e desenvolvimento profissional para o SUS, numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. Promove uma prática baseada em reflexões críticas, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2009b).

Para Souza *et al.* (2008), a PNEPS representa uma reorientação da atenção, da gestão, de formulações de políticas, da participação popular e do controle social no setor da saúde. Possibilita ao mesmo tempo o desenvolvimento profissional e das instituições que repercutirá no fortalecimento do SUS.

Baseia-se na aprendizagem significativa, para que uma concepção e uma nova prática possam de fato gerar um verdadeiro sentido e por consequência um desejo de mudança (BRASIL, 2009b). Sua ação tem início diante da problematização dos processos de trabalho e organização dos serviços, fazendo emergir as necessidades de saúde local com vistas a ampliar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Nesse processo, são levados em consideração os conhecimentos e as experiências vivenciadas pelas pessoas envolvidas.

Por educação por competência entende-se como um processo pelo qual se desenvolvem estratégias para mobilizar os conhecimentos e as habilidades de um indivíduo em relação a competências profissionais requeridas. Centra-se nos resultados do desempenho profissional. Os resultados da aprendizagem determinam o conteúdo do currículo, métodos de ensino e avaliação. Ela busca desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes no indivíduo (FIOCRUZ, 2009).

Outro dispositivo metodológico-pedagógico que se agrega à proposta do Sistema Saúde Escola de Sobral é a perspectiva oferecida pela Educação Popular, inspirada principalmente na abordagem freireana da educação. A Educação Popular é anterior a Paulo Freire, porém, tem neste educador seu principal expoente. A Política Nacional de Educação Popular propõe uma prática político-pedagógica a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimento e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013b).

A promoção da saúde é compreendida enquanto um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integral e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2006b).

O Sistema Saúde Escola tem conseguido superar progressivamente a visão dicotômica da realidade. Adota a Clínica Ampliada como meio para se alcançar a integralidade do cuidado, considerando assim as relações inter e trans-disciplinar, com promoção do diálogo, da cooperatividade e da solidariedade (PINTO *et al.*, 2008).

A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), como um dos equipamentos expoentes do Sistema Saúde Escola de Sobral, foi inaugurada em 2001, num cenário em que se observava várias experiências denunciando a pouca resolutividade dos modelos de formação até então vivenciados na promoção de mudanças necessária para a atenção à saúde. Tal consideração apontou para a necessidade da construção de um novo modelo pedagógico que deveria ter como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, pautado nos pressupostos dos interesses e necessidades do sistema de saúde (PINTO *et al.*, 2008).

Organicamente a EFSFVS se organiza em grupos de trabalhos (GTs) que guardam consigo especificidades do processo de trabalho, sendo, no entanto todos orientados para realizar um trabalho colaborativo de modo solidário a todas as tarefas que são designadas ou incorporadas pela EFSFVS. Dentre os GTs da EFSFVS identificamos o GT de integração ensino-serviço como aquele que dialoga mais proximamente com o objeto dessa investigação.

O GT de integração ensino-serviço regula o fluxo das demandas, estágios e visitas técnicas, fazendo o intercâmbio entre as instituições formadoras, os serviços e a secretaria municipal de saúde de Sobral. Cabe ao GT coordenar o Fórum de coordenadores de cursos e Gerentes dos Serviços do Sistema Municipal Saúde Escola, para levantamento da capacidade instalada, avaliação e planejamento das práticas, proporcionando equidade dos estágios entre as instituições e serviços, tanto na sede como na zona rural. Acompanhamento dos Termos de Compromisso de Estágio, seleção de preceptores para supervisão dos estágios, entre outros (ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA, 2012).

As instituições que fazem parte desse cenário compreendem: a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade Luciano Feijão (FLF), Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA, Hospital Escola Santa Casa de Misericórdia, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, UNOPAR, Escola Estadual de Educação Profissional Dom Walfrido Teixeira Vieira e vários outros institutos como IVA/CETEP/EDUCARE/Anhanguera. Sedia ainda um conjunto de instituições de educação técnica de nível médio com atuação no campo da saúde: Liceu, SENAC, Instituto Êxitus, entre outros. Conta ainda com um significativo número de curso de pós-graduação *latu sensu* e 03 programas de mestrados na área da saúde (ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA, 2012).

Os convênios entre as instituições de ensino e os serviços têm expandido a cada semestre, sendo regulado em 2011-1, 504 estudantes, em 2011-2, 779 estudantes; 2012-1, 861 estudantes; 2012-2, 892 estudantes e 2013-1, 910 estudantes (ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA, 2012).

Outra ação estratégica da EFSFVS é o Curso de especialização com caráter de Residência em Saúde da Família de Sobral, que foi criado em 1999, a partir de um consórcio entre Prefeitura Municipal de Sobral e Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, somando onde turma até o presente ano. A princípio foram inseridos todos os profissionais com formação universitária que atuavam na ESF de Sobral. A proposta partiu da constatação da urgência em corrigir as deficiências de conhecimento e da prática dos profissionais que atuavam na ESF a partir da formação em serviço com a proposta da “Tenda Investida” para alcançar a inversão do modelo de atenção à saúde. Na “Tenda Investida” o “Mestre” ou “Preceptor” é que se desloca ao território onde está o residente e junto com ele os problemas de saúde do cotidiano (ANDRADE *et al.*, 2004).

Para operacionalização da estratégia de Sistema Saúde Escola, conta-se com um dispositivo estratégico que é a tutoria do Sistema Saúde Escola do município de Sobral. Atualmente, o município conta com 13 tutores com apoio institucional a ESF e apoio pedagógico à Residência Multiprofissional em Saúde da Família e 02 tutores que também fazem apoio institucional ao Centro de Apoio Psicosocial Geral e o de Álcool e outras Drogas (AD), bem como apoio pedagógico à Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

A tutoria se estrutura no apoio Paidéia, um dispositivo capaz de produzir o efeito reflexão e intervenção sobre os processos de trabalho, por meio de sua implicação com a descentralização dos processos de educação permanente em saúde, juntamente com os residentes, os profissionais do CSF e os usuários. Dentre as competências que o tutor deve atuar junto aos residentes destacar-se nesse estudo a de promover a integração dos residentes com os outros profissionais e a comunidade, aqui incluindo também os internos de enfermagem (LIMA, 2014).

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O processo investigativo requer a incorporação de perspectivas dos atores e dos eventos que ocorrem no campo da pesquisa para o delineamento metodológico com vistas ao alcance dos objetivos propostos na pesquisa. As ferramentas adotadas para a investigação trazem como proposição o levantamento dos dados que correspondem ao cotidiano, que representam para esta investigação científica, a discussão da prática que será confrontada com a teoria (ROCHA, 2013).

Minayo (2010, p.47) considera que a metodologia de pesquisa enquanto “caminho do pensamento” e prática exercida na abordagem da realidade, é a fase de seu desenvolvimento que discute o objeto pesquisado, assim inclui simultaneamente a teoria da abordagem, os instrumentos de operacionalização do conhecimento e a criatividade do pesquisador que devem ser usados para as buscas relativas às indagações da investigação.

### 4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.

Pesquisas exploratórias constituem a primeira fase de uma investigação mais ampla. Têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torna-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiência prática com o problema explicado; e análise de exemplos que “estimulem a compreensão” (GIL *apud* SELLTIZ, 2008).

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo. São incluídas neste grupo as pesquisas que tem por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população. Também são pesquisas descritivas aquelas que visam descobrir a existência de associações entre variáveis. As pesquisas descritivas são, juntamente

com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2008).

Sendo assim, temos a intenção de compreender o Internato de Enfermagem na Atenção Básica em duas Instituições de Ensino Superior.

Pesquisadores da área da saúde têm subsidiado com mais frequência suas pesquisas a partir do referencial qualitativo, na qual predomina um caráter interpretativo e que, tradicionalmente, era usada nas ciências sociais. Nesta predominam os significados das experiências de mundo social e a compreensão da realidade por parte dos sujeitos, procurando interpretar os fenômenos a partir dos sentidos por eles expressos (POPE; MAYS, 2005). Por essa natureza, a pesquisa qualitativa está referenciada a um determinado contexto de realidade histórica. Logo, considera-se a fase do trabalho de campo uma etapa privilegiada deste processo.

Para defrontar-se com o objeto de pesquisa e desenvolvê-la, o campo da investigação foi selecionado de maneira “tipicamente intencional”, como normalmente ocorre nas pesquisas qualitativas (POPE; MAYS, 2005). Consequentemente, não é pretensão deste estudo, a generalização dos resultados que venham a ser obtidos, mas que a partir da referida população, sabidamente inserida num determinado contexto, no qual seus representantes são sujeitos ativos nas questões referentes ao objeto de pesquisa, obtenham contribuições que esclareçam questionamentos levantados pela investigação. Isto é, que a partir das comunicações com os representantes do grupo selecionado se estabeleça uma relação com as questões inicialmente levantadas pelo estudo (SILVA, 2012).

## **4.2 Campos do Estudo**

A pesquisa teve como campo de referências os 04 Centros de Saúde da Família de Sobral que foram cenários das atividades do internato no semestre 2014.1 e local de desenvolvimento das atividades dos preceptores de serviço. A coleta também se deu em outros espaços, já que os internos encontravam-se em serviços de nível secundários e terciários, como o SAMU, Centro de Especialidades Médicas (CEM), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e no Hospital Regional Norte (HRN). Por fim, as entrevistas dos docentes foram obtidas em uma Instituição de Ensino Superior e no Memorial da Educação Superior de Sobral.

O contato com os internos se deu a princípio com a coordenação do internato para obter o local do internato em que cada aluno se encontrava, sendo em seguida realizada a visita a instituição para fazer o convite. Em uma das IES o contato com um dos docentes se deu pessoalmente e com os outros dois docentes aconteceu por telefone. Quanto a entrevista com os preceptores de serviço, o contato foi feito através de visitas aos Centros de Saúde da Família e por telefone. O contato com todos os participantes do estudo era acompanhado de orientação sobre os objetivos da pesquisa e o agendamento da entrevista caso a pessoa aceitasse o convite.

Sobral é um município situado no estado do Ceará, na região nordeste do Brasil, com população de aproximadamente 200 mil habitantes. Além da sede, está constituído por onze distritos, com uma área territorial de 1.729 km<sup>2</sup> (PAGANI; ANDRADE, 2012). Há algumas décadas, Sobral tem apresentado nova dinâmica, incremento de atividades secundárias e terciárias na sua economia. Destaca-se como rede urbana cearense não só pela quantidade populacional, mas, sobretudo pelas atividades industriais e de serviço que a torna uma “capital regional” para onde converge a população de cerca de 50 municípios do norte do Ceará (PRADO, 2012).

A instalação de grandes indústrias tem influenciado na expansão do comércio e de serviços, atraindo profissionais qualificados como engenheiros, professores universitários, técnicos, redefinindo o papel de Sobral (PRADO, 2012). Diante de todo este referencial, Sobral se configurou como uma cidade universitária, abrangendo em suas Instituições de Ensino Superior alunos de diversos municípios circunvizinhos, que vem morar na cidade ou que se direcionam para esta diariamente.

Em 1998, a revista *Veja* classificou a cidade de Sobral como uma das 10 melhores cidades de interior brasileiro. Em 2000, a revista *Exame* a colocou como uma das 30 melhores cidades para viver no Brasil. Um levantamento realizado pela revista inglesa *FDI*, do prestigiado grupo *Financial Times*, indicou Sobral como uma das 10 pequenas cidades das Américas com a melhor relação custo-benefício para investidores estrangeiros. Em um estudo recente, *American Cities of the Future 2011/2012* (“Cidades Americanas do Futuro”) explorou informações sobre as Américas Anglo-saxônica e Latina, sendo colocada em sexto lugar na categoria *Melhores Cidades em relação custo-benefício*, com população de 100 mil e 150 mil habitantes (PRADO, 2012).

Após implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1997, o município de Sobral foi aperfeiçoando diversos aspectos no sistema de saúde, como o seu modelo de gestão e a formação permanente dos profissionais (PAGANI; ANDRADE, 2012). Possui 33 Centros de

Saúde da Família, 20 localizados na sede, com um total de 62 equipes de saúde da família e 139 enfermeiros (CNES, 2015).

Entre os profissionais de saúde que atuam nos CSF encontramos: enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, médicos, vigilantes, atendentes de farmácia, odontólogos, auxiliar de consultório dental, auxiliares administrativos, serviços gerais, preceptores de ginecologia/obstetrícia, equipe multidisciplinar da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do NASF (Núcleo de Apoio em Saúde da Família).

A ESF implica em novos papéis para as equipes de saúde da família, apoiando-se em atitudes e posturas de atuação não discutidas na formação habitual dos profissionais. Estes, pela natureza da tarefa a eles atribuída, devem ser capazes de atuar não só com problemas biológicos e de morbidade individual em saúde, mas também com problemas coletivos, socioculturais, numa atuação feita em consultórios e também em territórios, junto às redes sociais e à população. Diante de tais exigências, sentiu-se a necessidade de aprimorar os conhecimentos, habilidades e a postura dos profissionais de saúde em Sobral, vindo a ESF ao longo dos anos se consolidando como um importante campo de ensino-aprendizagem (PAGANI; ANDRADE, 2012).

No que concerne as IES situadas em Sobral que ofertam Cursos de Graduação em Enfermagem, identifica-se a Universidade Estadual Vale do Acaraú, instituição de caráter público que oferta regularmente graduação em enfermagem desde 1975 e o Instituto Superior de Teologia Aplicada, de caráter privado, que desde 2008 oferta regularmente graduação em enfermagem. Passamos a discorrer sucintamente os internatos de enfermagem destas duas IES.

#### **4.2.1 Internato na atenção básica da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA**

Inicialmente passou a existir como Faculdade de Obstetrícia de Sobral, passando em junho de 1971 a ser Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Sobral. Em 1975 foi autorizado a funcionar pelo Decreto nº 75.269 como Curso de Enfermagem, com habilitação em Obstetrícia UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2013).

O Curso de Enfermagem até 1984 possuía um plano curricular organizado e distribuído em nove semestres, sendo sete destinados à graduação e dois à habilitação em Obstetrícia. Em 1991, passou por reformulações para se adequar ao cenário regional, sendo incluídas novas disciplinas, passando a se configurar com dez semestres, em que oito eram destinados à

graduação e os dois últimos para habilitação em Obstetrícia, seguindo proposta de unificação dos cursos de Enfermagem de todo território nacional (CHAGAS *et al.*, 2008).

Nos anos que se sucederam foram acompanhados de muitas discussões e mudanças para elaboração de uma nova proposta de reforma curricular, para atender uma determinação do Ministério da Educação e do Desporto, que determinava por meio da Portaria Nº 1.721/94 a implantação de um currículo mínimo para os Cursos de Graduação em Enfermagem, no prazo de uma ano a partir de sua publicação (CHAGAS *et al.*, 2008).

Em 1996, o novo currículo de Enfermagem implantado baseava seus conteúdos programáticos no quadro sanitário e perfil epidemiológico local; nas integrações interdisciplinares e no trabalho em equipe multidisciplinar, visando inserir os alunos nos diversos níveis de atenção à saúde o mais cedo possível, excluindo as habilitações em enfermagem como forma de promover a integralidade da formação frente aos processos de especializações (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2013).

O currículo anteriormente vigente fazia a segregação entre teoria e prática. A parte prática correspondia geralmente a metade do tempo previsto para a duração da disciplina, não havendo tempo suficiente para estabelecer maior interação entre professores, alunos e profissionais do serviço (CHAGAS *et al.*, 2008).

Em 2009, após todo movimento de mudanças o currículo passa a ser integrado que articula de forma dinâmica o ciclo básico e clínico, o ensino, serviço e comunidade, teoria e prática, por meio da integração dos conteúdos, a grade curricular deixa de estar por disciplinas e passa a ser por módulos articulando ensino, pesquisa, extensão e assistência. O Projeto Pedagógico do curso de Enfermagem da UVA foi construído com base nos princípios norteadores das DCN para os cursos de graduação em enfermagem, LDB 9394/96 e SUS (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2013).

Neste sentido, define-se por módulos as unidades didáticas formadas por disciplinas, que trabalham de forma articulada. A estrutura modular possibilita uma concentração maior dos estudantes sobre um determinado assunto e permite a divisão da turma em grupos menores, o que melhora a relação professor-aluno e, conseqüentemente, se reflete de maneira positiva no processo ensino-aprendizagem. As avaliações ficam também melhor distribuídas, evitando-se o estresse indesejável a que os estudantes estão hoje submetidos pela proximidade de provas de até 7 disciplinas, que se desenvolvem de modo paralelo e dissociado. O currículo é organizado a

partir de dois tipos de módulos: sequenciais e longitudinais (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2013).

Segundo o Manual do Internato I-Saúde da Família da UVA (2013), o curso de enfermagem tem duração de 05 (cinco) anos. Em seu currículo garante o internato, como requisito obrigatório, no 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem nos Centros de Saúde da Família da sede de Sobral, nos turnos manhã e tarde (07h às 11h00min e das 13h às 17h). Tem em sua carga horária, um encontro semanal, noturnos, com um docente do internato para avaliação do internato.

O Internato de Enfermagem da UVA teve início no segundo semestre do ano de 2007, valorizando a criação de uma metodologia de ensino onde o estudante seja inserido na equipe, com total autonomia para realizar os cuidados necessários, sob a supervisão de um profissional enfermeiro (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2013).

Durante o desenvolvimento deste estudo, os Centros de Saúde da Família que se constituíam cenários de ensino-aprendizagem para os internos de enfermagem da UVA foram: Pedrinhas, Alto da Brasília, Expectativa, Sumaré, Padre Palhano, Coelce e Alto do Cristo. Obtivemos um total de 31 (trinta e um) internos durante o primeiro semestre desse ano, não existindo a figura do preceptor da IES. E a cada semestre há em média 31 (trinta e um) enfermeiros preceptores do serviço acompanhando os estudantes da UVA, com carga horária de 40 horas semanais.

Dentre os seus objetivos destacamos alguns como: proporcionar ao discente capacitação para a coordenação da equipe de saúde da família; desenvolver habilidades clínicas que qualifiquem a assistência em enfermagem; participar e facilitar capacitações na equipe de saúde da família; realizar discussões periódicas de casos clínicos; realizar consultas frequentes aos manuais do Ministério da Saúde, do estado do Ceará, manuais técnicos e manual de assistência em enfermagem na saúde da família. De forma que ao final, o interno tenha vivenciado à atenção à saúde (280 h), participação social/intersetorialidade (140 h) e gestão/gerência em saúde (140h), perfazendo um total de 560 horas de estágio na atenção básica (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2013).

A equipe de apoio ao internato compreende enfermeiros, gerentes e tutores, que têm como objetivo facilitar o processo de inserção e formação do interno. O enfermeiro da assistência tem como compromisso, dar ênfase no seu fazer nos ciclos de atenção à saúde; o

gerente, dar apoio nas atividades de gestão e gerência; e por fim os tutores, que devem apoiar em atividades referentes ao controle social e intersetorialidade (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2013).

A supervisão do internato nos CSF é semanalmente, por três professores do módulo do internato I, que devem apoiar, assessorar, supervisionar e acompanhar o desenvolvimento do interno. A distribuição de alunos por docente é feita considerando o número de internos por locais de estágio, ficando cada professor com 10 alunos em média (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2013).

O manual define algumas diretrizes para os alunos durante o internato, como portar alguns materiais essenciais para o desenvolvimento do estágio, o uso de crachás, o traje adequado, manter postura ética e de cordialidade para com a equipe de Saúde da Família e comunidade, assim como a que considero mais relevante para o processo de ensino-aprendizagem, do preceptor (enfermeiro/gerente/apoiador institucional) de campo ter que conduzir o aluno durante o internato, relatando constantemente suas habilidades adquiridas e direcionando-o para a aquisição de habilidades práticas e teóricas (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2013).

A avaliação do internato se dá por meio de dois instrumentos: o portfólio, que compila os trabalhos realizados pelos alunos, de forma sistemática e reflexiva de modo que possam avaliar seu desempenho e estímulo a escrever textos. Na avaliação pela equipe de saúde, os alunos desenvolvem um trabalho de campo, produto de uma necessidade da equipe de saúde, que visa contribuir para a qualificação do serviço/ensino da atenção básica local, sendo apresentado num momento coletivo da equipe de saúde. Existe o instrumento do preceptor de estágio para avaliar o aluno nos ciclos de atenção à saúde, gestão/gerência e participação social/intersetorialidade (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2013).

Destaca-se aqui uma das experiências durante uma turma de internato de enfermagem na AB, em que deixaram ao final de sua vivência, uma tecnologia leve, constituída por um banner contendo o nome dos profissionais de cada equipe, o horário de atendimento do CSF e a classificação de risco para o atendimento. Material importantíssimo, já que a comunidade nem sempre conhece os nomes dos profissionais de sua equipe e também para uma melhor compreensão dos usuários e dos profissionais quanto aos critérios de prioridade no atendimento. Embora se reconheça uma relativa rotatividade de profissionais nas equipes, situação que exigirá a atualização do banner, quando assim for necessário.

#### **4.2.2 Internato na Atenção Básica do Instituto Superior de Teologia Aplicada-INTA**

O curso de bacharelado em enfermagem do Instituto Superior de teologia Aplicada (INTA) existe desde 2008, tem duração de cinco anos, oferece 200 vagas divididos nos turnos manhã e tarde, cada turma com cinquenta alunos. A carga horário total é de 5.505 horas, estando dentro 3390 horas de disciplinas teórico-práticas e 920 horas de Estágio Supervisionado. Sua grade curricular se apresenta distribuída em disciplinas (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, 2012).

Para atender as necessidades de formação dos alunos, o INTA firmou convênio com instituições tanto públicas como privadas do município, da região e do estado. Os distritos e zonas rurais do município também são campo de estágio para os alunos do curso de enfermagem para que possam vivenciar experiências diferentes das do contexto urbano (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, 2012).

Em relação as vivências educativas com atividades de campo acontecem desde o início do curso, sendo que maior ênfase é dado no quarto e quinto semestre com as disciplinas de enfermagem em saúde coletiva I e II (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, 2012).

De acordo com o Manual de Estágios Supervisionados e Vivências Práticas do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA (2014) sua matriz curricular, garante o desenvolvimento de estágios curriculares, em caráter obrigatório, sendo imprescindível para a complementação de estudos, oportunizando a prática profissional, sob supervisão docente, tendo seu início no 9º (nono) semestre com o Estágio Supervisionado I (460 horas) e no 10º (décimo) semestre acontece o Estágio Supervisionado II (460 horas). Salienta-se que uma parte dos alunos desenvolve o estágio supervisionado na atenção básica no nono semestre enquanto outros no décimo, fazendo um revezamento com a atenção terciária, de modo que ao final desses dois semestres, cada aluno tenha vivenciado os dois níveis de atenção.

As atividades de Estágio Supervisionado se desenvolvem junto aos usuários/pacientes em hospitais, clínicas, instituições e comunidades, mediante convênio celebrado entre o Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA) e as respectivas instituições. O Estágio Supervisionado é organizado sob a supervisão geral da Pró-diretoria de Estágio do INTA e da Gestão de Estágios e Vivências Práticas Supervisionadas (GEAPS) do Curso de Enfermagem. O mesmo é

disponibilizado, conforme o fechamento dos convênios, cabendo à Pró-diretoria de Estágio a determinação do local dos mesmos, visando o atendimento da demanda (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, 2012).

No Estágio Supervisionado a turma é dividida em dois turnos, manhã e tarde. Os horários são pré-determinados (7:00 às 12:00 h e 13:00 às 18:00 h), com duração de 05 horas diárias, para alunos regularmente matriculados, respeitando-se a carga horária de 460 horas. A frequência mínima obrigatória é de 75% (setenta e cinco por cento) do total de horas definidas no estágio supervisionado ou na disciplina relacionada à atividade prática supervisionada. Aqui, observa-se que na prática os internos não cumprem às 05 (cinco) horas diárias, já que os CSF de Sobral só funcionam pela manhã até às 11:00 h e no turno da tarde até às 17:00 h, restando um déficit significativo de 92 (noventa e duas) horas de estágio (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, 2012).

Os internos do INTA são distribuídos no Trevo de Quatro Folhas e nos Centros de Saúde da Família Terrenos Novos, Caic, Dom Expedito, Cohab II, Sinhá Sabóia, Aprazível e Centro. No primeiro semestre do corrente ano foram 32 (trinta e dois) internos no período da manhã e 18 (dezoito) internos no período da tarde, em média 30 (trinta) enfermeiros preceptores do serviço e 08 (oito) preceptores da IES acompanhando os internos de enfermagem (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, 2012).

Durante todo este processo, o aluno passa por avaliações da aprendizagem, sendo entendida como um processo contínuo e acumulativo do desempenho do aluno, que varia de zero a dez. Cada grupo de, no máximo 10 alunos, é supervisionado por um enfermeiro, o qual é orientado pela Pró-diretoria de Estágio e Gestão de Estágio e Vivências Práticas Supervisionadas. A nota do Estágio Supervisionado I e II é composta por três avaliações: um estudo de caso, avaliação do preceptor e um relato de experiência. Percebe-se assim uma fragilidade no que se refere à ausência da avaliação do enfermeiro preceptor do serviço (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, 2012).

O manual detalha as atribuições dos atores fundamentais no desenvolvimento do estágio, no nível da instituição formadora. Quanto às atribuições da Pró-Diretoria de Estágios destaca-se a de divulgar entre os docentes e os discentes o Regulamento do Estágio Curricular e Vivências Práticas Supervisionadas, diante da necessidade de seu cumprimento como condição para integralização da matriz curricular. Também, observa-se a não inclusão do compartilhamento dessas informações com o enfermeiro preceptor do serviço.

O Gestor de Estágio e Vivências Práticas Supervisionadas, enfermeiro docente do curso de enfermagem, é responsável pelas disposições gerais de estágios e atividades práticas supervisionadas. Dentre suas atribuições, está a de supervisionar *in loco* os campos de estágios, identificando as necessidades, dificuldades a fim de estabelecer um diálogo cotidiano entre a coordenação do curso, acadêmicos, professores e os campos de estágios, garantido a qualidade do ensino (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, 2012).

Já o enfermeiro docente da disciplina de estágio supervisionado I e estágio supervisionado II ou disciplina relacionada à atividade prática, tem como função desempenhar atividades administrativas do conteúdo; compilar as notas advindas da avaliação dos preceptores e cumprir os prazos determinados para entrega do relatório final do estágio ou outras atividades acordadas (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, 2012).

Os preceptores de estágio e de vivências práticas supervisionadas na atenção básica estão em um número de quatro. Tem como uma das suas atribuições, ser um facilitador da aprendizagem do aluno. Cabe a este profissional a avaliação diária do desempenho dos estagiários e encaminhar os resultados para ao professor responsável da disciplina de estágio e vivências práticas supervisionadas e/ou gestor de estágio. Reuni-se diariamente com os alunos sob sua supervisão para planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas, orientando os estagiários, em grupo ou individualmente, “*in loco*”. Colabora para manter um ambiente agradável e ético, com equipes multiprofissionais e demais funcionários dos locais de estágios de cada instituição (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, 2012).

Quanto aos protagonistas do processo, os acadêmicos de enfermagem, o texto do manual denota aspectos mais burocráticos, operacionais dos estágios, como a exigência da presença do aluno, de estar matriculado, não mencionando os aspectos mais pedagógicos e práticos de seu estágio.

Em 2014, 105 enfermeiros se formaram, daí constata-se a importância com a formação desses profissionais que passarão a ter entre suas principais responsabilidades, o cuidado com o ser humano.

#### **4.3 Participantes do Estudo**

Os participantes do estudo corresponderam aos enfermeiros preceptores da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Sobral/CE e de uma IES, os docentes do internato de enfermagem na

atenção básica das instituições de ensino superior situadas em Sobral que ofertam graduação na área de enfermagem, aos internos de enfermagem de ambas instituições que participaram do internato no semestre 2014.1 e a coordenadora do GT de Integração Ensino-Serviço da EFSFVS. Considerou-se que essa turma de internos teriam melhores condições de analisar o internato de enfermagem na atenção básica pois haviam recentemente egressados do módulo.

Os participantes foram incluídos no estudo de forma aleatória, a partir da facilidade de acesso da pesquisadora aos profissionais e internos. O quantitativo de entrevistados para cada segmento deu-se de modo ascendente, ou seja, até que os discursos por eles apresentados expressassem repetição de ideias, a denominada saturação. Por saturação entendemos como Fontanella, Rica e Turato (2008), que se trata de uma ferramenta conceitual empregada em pesquisa de investigações qualitativas em diversas áreas da saúde, sendo utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a apreensão de novos componentes.

A opção pela saturação de dados se justifica por ser um dos critérios adotados e recomendados para pesquisas qualitativas e porque, pressupõe a reincidência das informações contidas nas entrevistas. Dessa forma, continuar as entrevista não representa necessariamente a novas compreensões sobre o objeto estudado. Pode-se então realizar mais umas poucas entrevistas e parar (MINAYO, 2004 *apud* MONTENEGRO e BRITO, 2011).

Gaskell (2002) diz que há um tamanho do *corpus*<sup>4</sup> a ser analisado. A transcrição de uma entrevista pode ter um número expressivo de páginas, que somadas ao número de entrevistados multiplicarão a quantidade de páginas no *corpus*. Portanto, há um limite máximo de entrevistas que é necessário fazer, e possível de analisar, ficando entre 15 e 25 entrevistas individuais.

Assim, participaram da entrevista dezesseis pessoas entre as quais 03 são docentes dos cursos de graduação em enfermagem das escolas pesquisadas, 04 são preceptores do serviço, 02 são preceptores de uma IES e 07 são internos de enfermagem das duas escolas estudadas (04 internos de enfermagem da UEVA e 03 internos de enfermagem do INTA). A coordenadora do GT de Integração Ensino-Serviço participou subsidiando com informações complementares necessárias ao estudo.

---

<sup>4</sup> Corpus é o recorte arbitrário de elementos que o pesquisador define para que, ao aplicar sobre eles uma metodologia, possa atingir o objetivo (BENETTI, 2008).

O autor antes referido assinala que embora as experiências possam parecer singulares ao indivíduo, as representações de tais vivências não surgem das mentes individuais; em alguma medida, elas são o resultado de processos sociais (GASKELL, 2002).

Justifica-se a participação de representantes das diferentes categorias no intuito de buscar informações acerca das singularidades nas dinâmicas das relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos, a partir das vivências de cada um na realidade social presentes no internato de enfermagem na Estratégia Saúde da Família no município de Sobral.

Adotou-se como critérios de inclusão para os internos, ter concluído o internato na atenção básica no semestre anterior a coleta de dados, para que possamos capturar toda a visão sobre a vivência. Para os docentes considerou-se como critério a função de docente do internato durante a coleta de dados, preferindo já ter sido docente deste processo, pelo menos uma vez. Para todos foi aplicado como critério ainda de inclusão, a anuência ao estudo.

A Estratégia Saúde da Família de Sobral conta com 132 enfermeiros (SMS, 2015). Como a proposta da divisão dos internos nos CSF é que cada preceptor acompanhe apenas um interno, o Sistema Saúde Escola de Sobral contou no semestre estudado com 81 internos de enfermagem na atenção básica e conseqüentemente o mesmo valor de enfermeiros preceptores do serviço. Quanto aos preceptores da IES foram 08 (oito) e quatro (quatro) docentes.

#### **4.4 Período do Estudo**

O desenvolvimento de um estudo prevê desde a fase de identificação do objeto até a elaboração do relatório de pesquisa. Neste sentido, assume-se que o período deste iniciou em março de 2013 e conclusão em setembro de 2015, sendo que o período da coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015, condicionado ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

#### **4.5 Métodos e Técnicas de Coleta de Informações**

Para se desenvolver a pesquisa qualitativa precisa-se ter instrumentos científicos, que permitam ao pesquisador buscar as informações subjetivas dos sujeitos envolvidos no estudo, para tanto se deve dispor de métodos lógicos e planejados (POPE; MAYS, 2005). A principal

estratégia para a aplicação de tais métodos é a ida ao campo para a investigação. O instrumento definido para o alcance das informações foi a entrevista semi-estruturada.

Para tanto foi elaborado um único roteiro de entrevista para os internos de enfermagem, docentes e para os preceptores do serviço e das IES. O instrumento de coleta objetiva responder as questões de pesquisa, bem como perceber as diversas concepções e práticas acerca do internato de enfermagem na AB (APÊNDICE B). O roteiro abordou questões como a finalidade do internato, a relação teoria e prática, o desenvolvimento de competências, a participação do interno e dos educadores durante o processo de planejamento, desenvolvimento e avaliação, avaliação do acompanhamento dos enfermeiros, preceptores das IES e docentes e por fim abrir um canal para que os entrevistados sugerissem estratégias de melhoria da formação durante o internato de enfermagem na AB.

Este instrumento ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado possa falar abertamente sobre a questão proposta, em que o pesquisador interferirá o mínimo possível e se necessário para que a resposta possa ser respondida. É possível fazer algumas adaptações caso o pesquisador sinta a necessidade.

Para a realização das entrevistas é necessário estar consciente de que o pesquisador se envolverá com os entrevistados e, ainda, faz-se necessário preparar o acesso ao campo. Deu-se especial atenção “a questão sobre a forma como conseguir acesso a um campo e àquelas pessoas e processos que representam um interesse específico no campo”. É preciso que o pesquisador possa ter a colaboração efetiva das pessoas, ou seja, durante as entrevistas elas precisam não somente demonstrar boa vontade, mas transmitir dados que reflitam a realidade do campo estudado (FLICK, 2009). Consequentemente, o pesquisador não teve uma participação neutra neste processo. Flick (2010) observa a importância cada vez maior do processo interativo de negociação e definição de papéis para os pesquisadores em campo, pois terá reflexo direto sobre as informações que terá acesso.

Antes da coleta de dados, foi realizado um pré-teste com um interno e um enfermeiro preceptor do serviço. O pré-teste é a aplicação prévia do instrumento a um grupo que apresente as mesmas características da população incluída na pesquisa. Serve para treinar e analisar os problemas apresentados pelos investigadores, preparando-os para as dificuldades que podem surgir durante a aplicação da entrevista definitiva (RICHARDSON, 2009).

Autores como Flick (2009) afirmam que “pesquisadores e entrevistados bem como suas competências comunicativas, constituem o principal instrumento de coleta de dados e de reconhecimento”.

Pope e Mays (2009) expõem que o ambiente de uma entrevista afeta o seu conteúdo. A fim de evitar tal situação, as entrevistas aconteceram nos locais de trabalho e de internato dos entrevistados, agendadas pessoalmente; após solicitação e posterior anuência para gravação da entrevista com o propósito de manter maior fidelidade às informações coletadas.

Outro aspecto a ser destacado é que a entrada no campo é uma aprendizagem para o pesquisador, inclusive muitos aspectos não são perceptíveis nesse momento. A pesquisa qualitativa busca compreender o mundo, que está sendo analisado a partir do seu interior e da sua própria lógica. Assim, o pesquisador poderá buscar conhecer a realidade procurando compreender a visão individual e os princípios organizacionais do campo estudado, a partir da perspectiva de um indivíduo (FLICK, 2009). Esta premissa orientou todo o processo de desenvolvimento deste estudo.

Uma vez escolhido o referencial teórico ou conceitual que guiará a investigação, o pesquisador, optando pela entrevista, terá antes que considerar o que perguntar e a quem perguntar. Gaskell (2002) aponta que para a construção do instrumento é necessária atenção detalhada para as perguntas, para evitar perguntas desnecessárias e não desperdiçar o tempo do entrevistado e do entrevistador

Os participantes que atendiam aos critérios da pesquisa, foram tomados aleatoriamente. Durante a coleta de dados primeiramente foram entrevistados os dois docentes da IES 1, devido a oportunidade de agendar a entrevista quando a pesquisadora foi solicitar a participação dos mesmos e dos internos na pesquisa. Em seguida de posse com os nomes dos internos e locais em que se encontravam, as entrevistas foram iniciadas com os internos dessa IES até a sua saturação. Dando continuidade foram entrevistados os preceptores da IES 1. Ainda nesse processo de coletas, a pesquisadora foi ao encontro dos internos da IES 2, nos cenários de prática que se encontravam, procedendo com a entrevista até a repetição de ideias. Seguiu-se com os enfermeiros preceptores do serviço. E por fim, foi realizada a entrevista com a docente da IES 2. Vale destacar que um (a) preceptor (a) do serviço não esboçou interesse em participar da pesquisa. Assim, obteve-se quatro enfermeiros preceptores do serviço, dois preceptores da IES, três docentes da IES e sete internos de enfermagem, totalizando dezesseis entrevistados.

Após as informações serem coletadas, ocorreu a transcrição das falas. A transcrição é um processo imensamente demorado, já que cada hora de uma entrevista frente a frente pode levar de seis a sete horas para ser transcrita, a depender da qualidade do registro e da profundidade da informação requerida (POPE; MAYS, 2009).

As informações coletadas nas entrevistas ficarão sob a guarda da pesquisadora por cerca de cinco anos, quando serão eliminadas por meio da picotagem dos papéis. Após o término de todo o trabalho, as entrevistas foram desgravadas. O processo de gravação se justifica para se ter outro recurso, na etapa de redação da dissertação, que auxilie na fidedignidade das informações prestadas pelos participantes.

#### **4.6 Organização e Análise das Informações**

O internato de enfermagem na atenção básica das duas escolas foi analisado sem distinção, por esta pesquisa não possuir um caráter comparativo entre as duas instituições analisadas, uma de natureza pública e a outra privada. Portanto, foram tratadas no decorrer da organização e análise dos dados, apenas como instituições de ensino superior (IES).

Em pesquisas qualitativas, a análise das informações pode e deve começar em campo. Os dados da pesquisa foram organizados e analisados utilizando o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que é uma técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinado assunto. Trata-se de um compartilhamento de ideias dentro de um grupo social. Entende-se por discurso todo posicionamento argumentado. O Discurso do Sujeito Coletivo é um espelho coletivo. É como se as pessoas se olhassem e, a partir daí, tomassem consciência de como são (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2009).

Embora pelo software do DSC seja possível organizar e analisar os dados de modo qualiquantitativamente, optou-se nesta pesquisa apenas pela dimensão qualitativa, para se compreender a percepção dos sujeitos da pesquisa acerca do internato de enfermagem na AB.

A técnica propõe analisar os depoimentos, extraindo-se de cada um as Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Ideias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2009).

Metodologicamente o discurso do sujeito coletivo é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas, entre outros (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2009).

Para tratar os dados foi utilizado o software qualiquantisoft 1.3, versão acadêmica, desenvolvido pela Faculdade de Saúde Pública da USP, elaborado com base na teoria do Discurso do Sujeito Coletivo-DSC de Lefèvre, F. e Lefèvre AMC.

A técnica do DSC consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as expressões chave, que são trechos mais significativos destas respostas. A cada expressões chaves corresponde a uma ideia central que é a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas expressões chaves. Com o material das expressões chave das ideias centrais semelhantes constróem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual (LEFEVRE E LEFEVRE, 2010).

As ideias centrais servem para agrupar o discurso, podendo haver numa mesma fala mais que uma ideia central; todas elas devem ser consideradas separadamente e trabalhadas no processo de categorização (DUARTE, 2009).

No caso de surgirem depoimentos contraditórios a respeito de uma mesma questão, são elaborados DSC para as falas concordantes e para as falas discordantes (DUARTE, 2009).

À medida que os DSC vão sendo construídos, compõem-se o sistema de interpretação da realidade pelos participantes, as relações estabelecidas por eles no contexto social, bem como vão se colocando em relevo seus comportamentos e práticas.

Salienta-se que para as imagens geradas nesta dissertação, palavras como artigos, preposições, locuções adverbiais e outras que não apresentariam relevância de conteúdo, foram excluídas para a obtenção de um resultado conciso na conformação dos DSC. Acredita-se que a aplicabilidade do método contribuiu para visualização do que é mais relevante nas falas dos participantes do estudo.

É através desses métodos funcionando como espelhos coletivos, que a pesquisadora teve em suas mãos uma riqueza de informações que lhe auxiliou na avaliação e compreensão acerca do internato de enfermagem na AB.

#### **4.7 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa**

Este estudo foi submetido à apreciação pela Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral/CE, sendo posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme o estabelecido na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O parecer do CEP foi aprovado com CAAE de nº 36498014.6.0000.5053 (ANEXO A).

Só participaram do estudo aqueles que disponibilizam anuência através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). O consentimento informado tornou-se um cânone virtual da ética e da pesquisa em todos os campos. Neste termo constam informações relevantes sobre a pesquisa, como os objetivos, a confidencialidade, e o poder de desistência em qualquer momento da pesquisa (POPE; MAYS, 2009).

Dessa forma, foram contemplados os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que concerne a pesquisas envolvendo seres humanos, que são beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade.

## **5 INTERNATO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: OS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO (INTERNOS, DOCENTES E PRECEPTORES DAS IES E DO SERVIÇO)**

Essa pesquisa busca contribuir com o internato de enfermagem na atenção básica através do levantamento de opiniões e percepções vivenciadas pelos atores envolvidos, para o alcance de um maior aperfeiçoamento na integração ensino-serviço, reverberando na qualidade da formação do profissional enfermeiro.

A apresentação e análise dos resultados estão organizadas em seis subcapítulos: o primeiro versa sobre a compreensão dos internos, dos docentes e dos preceptores do internato na AB acerca dos objetivos; o segundo é desenvolvido na perspectiva de conhecer a relação teoria e prática, ensino e serviço no internato de enfermagem na AB; o terceiro trata do planejamento, desenvolvimento e avaliação do internato de enfermagem na AB; o quarto fala da colaboração dos preceptores e docentes no processo pedagógicos do internato de enfermagem na AB; seguido pelo capítulo das competências desenvolvidas pelo interno de enfermagem e sua relação com as DCN; finalizando com as estratégias para aperfeiçoar o internato de enfermagem na AB: contribuição deste estudo.

### **5.1 Compreensão dos Internos, dos Docentes e dos Preceptores Acerca dos Objetivos do Internato de Enfermagem na AB**

O objetivo básico é a aprendizagem. Formar esse enfermeiro, fazendo um alinhamento teórico do que foi visto principalmente nas disciplinas que estão relacionadas ao trabalho na atenção básica. Antes a gente era mais na teoria, e no internato principalmente da atenção básica, a gente vê mesmo de forma concreta como funciona o sistema, porque até então a nossa vivência era bem rápida. Quando você está na teoria, muitas vezes você não tem dimensão do que é aquilo na prática. A gente acaba vendo na prática muitas coisas que não dá tempo a gente ver na teoria e acaba contribuindo principalmente para a nossa formação, nos tornando um melhor profissional. Tem um período de quatro meses para estar realizando com autonomia os programas. O aluno vai adquirir as habilidades, os conhecimentos e as atitudes do fazer do enfermeiro, no sentido de adquirir segurança e confiança. Durante o internato o aluno vai estar tendo a oportunidade de estar vivenciando de como é o funcionamento do serviço dentro da unidade de saúde, estar mais próximo com o usuário e com a família e conhecer mais as políticas de saúde. É uma troca de

saberes. Vai envolver a territorialização, o trabalho em equipe multiprofissional, educação em saúde, promoção de saúde, prevenção de doenças, até mesmo a parte de acompanhamento das doenças crônicas. Realizar consulta, pré-natal, pedir exame, avaliar uma criança, todo o seu desenvolvimento, avaliar os hipertensos, diabéticos, hanseníase e tuberculose. As habilidades, planejamento familiar, os grupos, principalmente interagir com a comunidade ou trazer algumas ideias de inovações para trabalhar nas antes salas das unidades básicas de saúde. A questão também da gerência, que é competência do enfermeiro, organizar a equipe e supervisionar o trabalho do ACS. Agora cada enfermeira tem que ficar responsável por um setor. Conhecer a dinâmica interdisciplinar que acontecem dentro da Estratégia Saúde da Família, que é articular a equipe de referência do saúde da família, do NASF, equipes de agentes comunitários de saúde, as articulações intersetoriais, enfim, com todos que atuam dentro da atenção primária no município de Sobral. Ter postura profissional, a questão de ética, respeitar a individualidade do paciente. A habilidade eles adquirem no dia-a-dia. A habilidade e a atitude gera a competência. No final, eu acho que os internos têm que estar aptos a assumir uma unidade.

Diante do discurso percebe-se que existe uma compreensão por parte internos, docentes e preceptores quanto aos objetivos do internato de enfermagem na atenção básica, contemplando o que orienta as DCN e a PNAB.

No discurso os sujeitos evidenciam a aprendizagem como objetivo do internato, relatando que neste período se faz um alinhamento do que foi visto nos conteúdos teóricos com o que estão vivenciando na realidade, inferindo que até o internato existe uma predominância da teoria sobre a prática não oportunizando uma visão ampliada sobre o funcionamento do sistema, do CSF e do fazer do enfermeiro. Entretanto, sabe-se que desde o início do curso essa relação teoria e prática deve ser interdependente no processo ensino-aprendizagem, intensificando durante o internato com o desenvolvimento de habilidades. Freire (2001) afirma que a teoria sem a prática torna-se verbalismo, assim como a prática sem teoria torna-se ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade.

Na prática o aluno tem a oportunidade de compreender e associar a teoria com a prática, refletir sobre a prática, ampliar os conhecimentos e desenvolver habilidades, visto que na atenção básica a produção de conhecimentos e novas tecnologias é cotidiana, acrescenta-se a esta a possibilidade de encontro de saberes entre profissionais e comunidade. Dessa maneira, nem a

instituição de ensino e nem o campo de prática vão conseguir esgotar a produção e a aquisição de conhecimentos.

O internato vem a suprir essa lacuna, passando o aluno a conhecer de forma mais detalhada e ampliada as ações e os serviços ofertados, tendo a oportunidade de vivenciar e compreender o funcionamento do CSF, organização das Redes de saúde e da relação interprofissional. Quando vivenciam o internato de enfermagem na AB, os alunos inicialmente acompanham os enfermeiros, passando aos poucos a executarem atividades com maiores grau de complexidade, à medida que adquirem mais autonomia e confiança diante dos processos de trabalho, sob a supervisão do enfermeiro e/ou do preceptor da IES. Nesse período o aluno fortalece a sua identidade como futuro enfermeiro.

O internato de enfermagem na AB propõe preparar enfermeiros para atuar no SUS, considerando-se fundamental que a formação ocorra por meio da vivência do cotidiano dos serviços, de tal forma que os estudantes apreendam o contexto e os processos de produção de saúde com os trabalhadores, usuários, equipe e gestores.

Como afirma Pizzinato *et al.* (2010), a inserção dos acadêmicos nos serviços tem demonstrado ser uma excelente oportunidade para conhecer o funcionamento integral de uma UBS e de uma ESF, a realidade do SUS e seus princípios, bem como as ações desenvolvidas e as necessidades dos usuários, possibilitando maior integração da teoria com a prática, a multidisciplinaridade e a possibilidade de compartilhar saberes. Desse modo, deve ser estimulada continuamente a atitude de querer aprender e a pró-atividade em busca da autonomia.

Os entrevistados ressaltam a importância de desenvolver durante o internato de enfermagem na AB não apenas as ações de cunho técnico, como os programas e os procedimentos, mas também questões relacionadas a profissão, como a complexidade da área gerencial de uma unidade básica de saúde, o trabalho em equipe multiprofissional, a organização da equipe, a supervisão dos ACS, a articulação intersetorial, ser ético e aproximação com as famílias do território.

Com as diretrizes curriculares deixou-se de priorizar apenas a formação no aspecto cognitivo passando a valorizar o desenvolvimento e incorporação de qualidades técnicas e humanistas, fazendo com que o graduado seja capaz de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área da saúde, valorizando as necessidades de saúde da população, com ênfase

na ação preventiva, dentro de uma visão integral e de valores éticos e culturais, estar apto para o mercado de trabalho, dentre outros requisitos (MARANHÃO, 2003).

Diante disso, percebe-se o quão é desafiante a formação do enfermeiro. Atualmente busca-se superar a formação centrada no conteúdo teórico, na técnica, com foco da assistência na doença e no indivíduo, médico centrada, em que o enfermeiro exercia suas atividades isoladas de outros profissionais de nível superior.

Nessa interação interprofissional acontece a troca de saberes, tão evidente na fala dos entrevistados, em que os alunos, os profissionais e os usuários do serviço de saúde aprendem uns com os outros, promovendo espaço de educação permanente entre as pessoas no trabalho, bem como fortalecendo ao mesmo tempo um dos princípios da Política da Educação Popular do SUS, que segundo Brasil (2012d) propõe uma prática político-pedagógica a partir do diálogo entre as diversidades de saberes, com ênfase nos saberes populares.

O interno em seu espaço de trabalho atua como importante ferramenta de atualização para a equipe de saúde, por manter o elo teoria e prática e por ainda estar na graduação. Com isso, durante sua atuação prática, o interno é incentivado a participar juntamente com o enfermeiro de campo de atividades educativas envolvendo toda a equipe de saúde, assim como fazer parte do aprimoramento da equipe de enfermagem diariamente (GARCIA *et al.*, 2014).

Para que o aluno desenvolva as competências necessárias a sua vida profissional se faz necessário adquirir dentre alguns requisitos, a confiança e a autonomia, que estão interligadas. A confiança se alcança quando vai ganhando maior familiaridade com um determinado assunto e a autonomia vai surgindo à medida que o profissional e o próprio aluno compreendem já possuir competência para o desempenho de uma atividade. E é durante o internato que se espera que o aluno desenvolva estas competências, o que ficou comprovado no discurso dos entrevistados.

O enfermeiro foi ao longo dos anos se apropriando de outras funções e gerando grandes expectativas por parte dos profissionais em relação a sua importância dentro da equipe, como evidenciado pelos sujeitos ao relatarem a questão da liderança e supervisão, função muito associada a figura do enfermeiro.

O trabalho do enfermeiro dentro de um CSF é muito complexo e se faz necessário ter liderança sobre a equipe a qual faz parte, desenvolvendo um trabalho em equipe, supervisionando o trabalho de outros profissionais, planejando e avaliando as ações e os serviços de saúde ofertados a sua população. Tem-se ainda o fazer do gerente que vai envolver um

trabalho que perpassa as dimensões administrativas, técnicas, política, éticas e psicossocial (ALMEIDA, 2014). Dentre tantas atribuições, o gerente precisa saber lidar com vários profissionais, que possuem diferentes desejos e crenças em relação a vida e ao trabalho. O gerente gerencia os processos, seus recursos materiais e humanos, de acordo com as necessidade da população, elaborando junto a sua equipe, planos de intervenção e avaliando o alcance das metas.

Neste sentido, o que está posto pelo mercado de trabalho é que o enfermeiro deve ser capaz de simultaneamente gerenciar e assistir ao indivíduo e a sua família, passando a compreender que ao gerenciar, o profissional está cuidando da saúde das pessoas. Esta afirmação precisa ser entendida e aceita pelos profissionais e comunidade.

Nesse percurso, os profissionais do serviço, da instituição de ensino e a comunidade exigem que o aluno assuma uma postura profissional. Essa atitude envolve ter ética no trabalho. O aluno não pode ficar na posição de ser apenas estudante, assumindo uma postura passiva e não comprometida com a equipe e com o bem-estar da população. Deve sim de forma responsável e pró-ativa se implicar em seu processo de aprendizagem, ao mesmo tempo que deve colaborar para a melhoria da qualidade do serviço. Fica evidente que a compreensão dos entrevistados é que durante o internato o aluno tem que aprender a fazer, adquirir habilidades e aperfeiçoá-las. Daí a grande importância do internato na formação do profissional enfermeiro.

Para Garcia *et al.* (2014) o internato de enfermagem é considerado pelos egressos como a experiência acadêmica mais significativa para sua vida profissional, servindo como um rico espaço de discussão, reflexão e aprendizagem. O conhecimento construído com a realização do estágio reflete não só nos acadêmicos, como também nos enfermeiros docentes e dos serviços de saúde envolvidos, possibilitando um maior fluxo de informações entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade.

Considerando a compreensão que os entrevistados tem acerca dos objetivos do internato de enfermagem na AB, é preciso refletir e discutir a articulação teoria e prática como uma das orientações que as DCN de enfermagem trazem para avançar no desenvolvimento da formação do enfermeiro para o trabalho no SUS.

## 5.2 Relação Teoria e Prática, Ensino e Serviço no Internato de Enfermagem na AB

Neste subcapítulo foi tratada a relação entre ensino e serviço, teoria e prática nas duas escolas estudadas, com o intuito de conhecer o quão próximo ou distantes a formação dos enfermeiros está frente as Diretrizes Curriculares Nacionais para enfermagem.

Considerando que anteriormente as DCN, a maioria dos currículos primava pelo aprendizado teórico nos momentos iniciais e que somente quando já havia vivenciado uma determinada carga horária teórica era que se acreditava que o aluno deveria adentrar o campo de prática, infere-se que esse modelo não colaborava com um processo de aprendizagem significativo.

Para Chagas *et al.* (2008) o currículo anteriormente vigente fazia a segregação entre teoria e prática. A parte prática correspondia geralmente a metade do tempo previsto para a duração da disciplina, não havendo tempo suficiente para estabelecer maior interação entre professores, alunos e profissionais do serviço.

Diversas são as perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde, comprometidas com a relevância social da escola e dos processos de formação no campo da saúde, procurando historicamente articular esses dois contextos aparentemente desconectados, universidade e serviços, buscando ligar os espaços de formação aos diferentes cenários da vida real e de prestação de cuidados à saúde (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999).

O movimento tem sido na direção de transformar os velhos modelos de ensino para a formação na saúde, que se mostraram incapazes de responder adequadamente às necessidades apresentadas pela população.

O DSC denota essa busca por mudança na formação, ao referir que:

*“O currículo foi delineado para que o aluno tenha o tempo todo teoria e prática de forma articulada. Eles levam para campo o que eles adquiriram na teoria para o desenvolvimento da prática, contribuindo para o fortalecimento das equipes que eles estão inseridos. Eles estão vindo muito embasados teoricamente. Quando a gente vê, a gente tem sempre que ficar lembrando, mas tudo que foi visto na faculdade é o que a gente viu na prática”.*

Esse movimento de transformação vem se instalando nos cursos de enfermagem analisados. Essa percepção fica notória quando os preceptores dizem que os internos nos últimos anos estão vindo para a prática mais embasados teoricamente, quando também se falou na sua inserção no campo de prática no início do curso. O desafio consiste em cada vez mais superar o modelo dicotômico entre teoria e prática, ainda com a existência de vestígios na formação dessas

duas escolas estudadas, por isso o aluno desde o primeiro semestre vivencia ao mesmo tempo teoria e prática.

Para que estas mudanças ocorressem foi necessário construir documentos que orientassem as IES e os serviços para a formação deste profissional. Porém é preciso mais que isso, as pessoas que de alguma forma se beneficiam devem estar conscientes da necessidade de mudança e sensíveis para colaborar com esse processo, que ocorre de maneira gradual e que precisa ser cuidada durante o seu percurso de desenvolvimento.

Como já anunciava Perrenoud (2002), as práticas de ensino e aprendizagem não mudam só porque a legislação de ensino mudou, pois para que esse processo se concretize se faz necessário passar por uma mudança de cultura, tanto com os professores quanto com os alunos e comunidade em seu entorno.

Com efeito catalizador, no novo enfoque que é suscitado pelas DCN a partir de 2001 emerge a necessidade de mudanças por parte das instituições de ensino, do serviço e dos alunos diante de sua formação. Dentre estas encontra-se a inserção do aluno em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional desde os primeiros semestres do curso, proporcionando uma atuação que o auxilie a desenvolver uma visão global, integrada e crítica da saúde (CHIESA *et al.*, 2007).

Quanto mais essa aproximação se fizer presente no processo de ensino-aprendizagem menos encontraremos a situação em que o aluno se depare durante o internato com acontecimentos não anteriormente vistos na teoria ou mesmo a teoria não correspondendo exatamente a prática. Na fala dos internos, ainda acontece, mesmo que de forma pontual, situações em que os alunos vivenciaram pela primeira vez durante o internato. Embora se saiba que a formação jamais dará conta por si só de contemplar todo o conhecimento necessário para a sua atuação profissional.

*“Na prática você acaba aprendendo muito mais que na teoria. Tem algumas coisas que são novas. A saúde é muito dinâmica. Muitas coisas que a gente estava no internado vimos pela primeira vez, como preencher aquela ficha nos casos de tuberculose. Pode até acontecer algo diferente, não é que esteja diferente da nossa prática, é que muitas das vezes nós enfermeiros não estamos atualizados. A gente aprende uma coisa e quando você vai para a realidade é outra coisa completamente diferente. Não culpo nem a IES e nem os profissionais, mas a questão do sistema, falta alguns subsídios para fazer no campo o que a gente realmente ver na teoria. Porque na teoria é tudo bonito, mas quando a gente vai para a realidade, às vezes falta algum medicamento, falta trabalhar com o paciente em si, às vezes tem paciente problemático que às vezes não quer estar comparecendo às consultas, os programas. Tem profissionais que às vezes não fazem mesmo porque não querem”.*

Por entender a dinamicidade da saúde e que a formação na instituição de ensino superior jamais será suficiente para contemplar as necessidades de aprendizagem, se requer um esforço contínuo de todos os atores envolvidos para se aproximar do cenário ideal. Há de se considerar que algumas situações mesmas que presenciadas pela primeira vez pelo aluno no internato de enfermagem na AB, como no caso do preenchimento de fichas de notificação, ocasionem um impacto menor no resultado da aprendizagem quando comparada a eventos ocasionados por questões estruturais do sistema e de processos de trabalho do enfermeiro, que poderá implicar negativamente na formação, com repercussão na futura vida profissional.

Segundo a PNAB, está entre as competências das secretarias municipais de saúde a garantia de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas (BRASIL, 2012c).

Diante da vivência destas fragilidades, os internos percebem o quanto as mesmas interferem para a manutenção da saúde das pessoas. Percebe-se que para o cuidado continuado ser concretizado, é preciso a co-responsabilização do usuário com sua condição de saúde/doença, o que muitas das vezes vai exigir do profissional trabalhar fatores inerentes a motivação para o autocuidado. Tais técnicas precisam ser apropriadas pelos profissionais para agregar mais conhecimento a formação profissional e gerar resultados mais satisfatórios no cuidado à saúde.

Os internos da pesquisa atual declaram que se depararam com alguns enfermeiros preceptores que não procuravam realizar todas as atividades que eram de sua competência, mesmo quando se tinham as oportunidades. Tais motivações não foram evidenciadas neste estudo, precisando de uma nova pesquisa para explorar a falta de comprometimento dos enfermeiros em algumas atividades.

O estudo realizado por Nunes, Bottan e Silva (2011) revelou que os alunos após conhecerem outros contextos assistenciais diferentes daqueles proporcionados pela escola como campo de ensino teórico-prático, eles perceberam um distanciamento entre a realidade do que é ensinado e a realidade social, na qual devem ser aplicados os conhecimentos adquiridos. Apóia essa afirmação na percepção de que determinados aspectos da base teórica, difundida na academia, constituem algo mais idealizado do que aplicável, pois lá ele vivenciou atitudes de como tratar a pessoa que não são conciliáveis com essa realidade social.

Essa aproximação entre esses dois contextos é desejada para que o aluno diminua a distância entre o que se diz e o que se faz, para que, em determinado momento, a sua fala seja a

sua prática, efetiva, viva e real (FREIRE, 2006). Para subsidiar essa prática, a relação cíclica ação-reflexão-ação deve estar presente permanentemente nos cenários de ensino-aprendizagem, favorecendo a práxis na enfermagem.

Diante da necessidade de adequar as novas exigências da formação e do trabalho, os currículos de diversas escolas foram reestruturados para atenderem as DCN, integrando os conteúdos e se contrapondo a lógica das disciplinas que compartimentaliza o conhecimento e o ser humano, o que fazia que o profissional tivesse uma visão segmentado da pessoa, com ênfase na doença, não os capacitando para atuarem como promotores da saúde integral (MARANHÃO, 2003).

Registra-se que em um dos cursos de enfermagem analisado já passou por sucessivas mudanças até chegar no atual currículo integrado que articula de forma dinâmica o ciclo básico e clínico, o ensino, serviço e comunidade, teoria e prática, por meio da integração dos conteúdos, a matriz curricular organiza-se por módulos, articulando ensino, pesquisa, extensão e assistência. O Projeto Pedagógico do curso de Enfermagem dessa instituição foi construído com base nos princípios norteadores das DCN para os cursos de graduação em enfermagem, LDB 9394/96 e SUS. Do primeiro ao sétimo semestre o aluno vivencia 60 horas, semestralmente, de aulas práticas na atenção básica. No oitavo semestre há uma imersão na AB, por meio do internato.

A matriz curricular do outro curso estudado está estruturada por disciplinas. Neste, o ensino orientado para a atenção básica ocorre de forma insuficiente nas quatro disciplinas: educação em saúde, introdução a enfermagem, organização dos serviços de saúde e epidemiologia que acontecem até o terceiro semestre, oportunizando uma vivência de setenta horas. Percebe-se que esta carga horária não se concretiza totalmente na AB. Existe uma ênfase maior da prática na AB na disciplina de Saúde Coletiva durante o quarto e quinto semestre, com carga horária prática de sessenta hora cada disciplina, seguido do internato de enfermagem na AB durante o nono semestre do curso.

Torna-se visível que em um dos cursos, o ensino voltado a AB é mais expressivo. Outrossim, desde o primeiro ano da graduação, os alunos das duas instituições de ensino são inseridos em vários campos de prática, o que faz com que eles busquem agregar novos conhecimentos, os capacitando para a sua vida profissional.

O resultado desse estudo se aproxima dos resultados da pesquisa de Prado *et al.* (2012), pois a interação entre teoria e prática faz parte da realidade dos internos de enfermagem. Tal

associação é destacada nos estudos como essencial para o desenvolvimento do interno, correspondendo às necessidades exigidas na formação do enfermeiro e condizente com a realidade do cenário de saúde.

Da mesma forma, um outro estudo desenvolvido por Ignotti *et al.* (2014) demonstrou que, na visão dos internos de um dos cursos de Enfermagem estudado, o internato possui uma estruturação adequada, tanto prática quanto teórica, correspondendo às necessidades dos alunos e ao preconizado pelas DCN. Nos currículos das duas escolas em questão, teoria e prática se articulam de forma concreta. Portanto, a prática e a teoria devem estar sempre dialogando de forma que uma reflita e retroalimente a outra continuamente.

Os espaços onde se dá o diálogo entre o trabalho e a educação assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado. São espaços de cidadania, onde profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Essa troca de conhecimentos, essa relação de ajuda mútua vem agregar aos esforços para se adquirir profissionais mais preparados, atualizados e humanizados, desafio imposto com a implantação do novo sistema de saúde. A busca pela sua consolidação tem gerado reflexões, inquietações e suscitado novos movimentos de mudança na área da saúde

A proximidade nas relações entre os processos de ensino e a prestação de serviços tem proporcionado uma formação diferenciada aos acadêmicos de enfermagem, que passam a vivenciar os desafios de materialização do sistema de saúde na atenção básica em saúde, estimulando a formação de profissionais para atuação na rede de serviços do sistema.

Este movimento integrado teoria e prática contribui para que o aluno adquira um maior senso crítico, viabilizando fazer uma leitura reflexiva e crítica entre o que se fala e o que se vive, criando um novo sentido ao conhecimento. Na prática, como foi elucidado no DSC, existem algumas fragilidades do serviço que podem interferir na formação, devendo o profissional se apropriar de mecanismos de enfrentamento para que a população não seja prejudicada.

No discurso a seguir, os sujeitos declaram que o ensino na graduação em enfermagem está sobretudo voltado para o aprendizado dos programas verticalizados do Ministério da Saúde, existindo algumas fragilidades quanto a preparação do aluno para o reconhecimento e assistência de algumas afecções clínicas que não se enquadram dentro dos programas e o não conhecimento

do preenchimento de algumas fichas. Outro ponto que exige um maior cuidado por parte dos docentes é em relação a farmacologia, pois segundo os alunos, o que é visto durante a teoria na graduação não dá conta para acompanhar a vivência prática de forma satisfatória.

*“A maioria das coisas que a gente vê está atrelado principalmente a questão dos programas porque existem os protocolos, os protocolos são iguais. Os internos questionavam que não veem na IES são as consultas clínicas e pedem para a gente se apropriar mais dessas consultas. A instituição de ensino se atrela muito aos programas e acaba esquecendo algumas doenças em si. Em relação à farmacologia, por a gente ver muito rapidamente, isso acaba atrapalhando um pouco. Tem coisas que a gente ver demais sem ter tanta utilidade e tem coisa que a gente nem chega a ver”.*

Considerando que dentro das responsabilidades do trabalho do enfermeiros está o acolhimento com classificação de risco das demandas que chegam a unidade básica de saúde, que o enfermeiro precisa ter a competência necessária para saber para onde encaminhar a pessoa, que a assistência deve ser resolutiva, primando pelo cuidado integral, e que o enfermeiro é que coordena o cuidado dentro da equipe, realizando ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, se faz necessário o conhecimento das afecções que não estão incluídas dentro dos programas.

No que se refere ao não embasamento teórico-conceitual necessário para algumas doença e para a farmacologia, acredita-se que as fragilidades apontadas interfiram no desenvolvimento de algumas competências, podendo resultar em um início de vida profissional afetado pela insegurança, tendo como consequências o oferecimento de um cuidado com pouca qualidade, gerando a insatisfação das pessoas assistidas.

No contexto atual, o trabalho do enfermeiro muitas vezes tem se tornado rotineiro e descontextualizado dos avanços científicos devido ao expressivo número de funções no CSF, a fragilidade de trabalho de educação em saúde, de articulação junto à população, dentre outros fatores. Fortalecendo assim, uma assistência predominantemente prescritiva, em que o cuidado, a prevenção e a promoção da saúde ficaram em outro plano de prioridade, precisando de uma intervenção urgente da gestão e dos enfermeiros contra essa prática, até mesmo para que os enfermeiros em formação não saiam da graduação reproduzindo esse modelo tecnoassistencial ainda hegemônico.

O enfermeiro, ao desempenhar seu papel social de cuidador, vive as tensões próprias da produção dos atos de saúde, a produção de procedimentos *versus* a produção de cuidado. Como resultado de uma pesquisa desenvolvida por Matumoto *et al.* (2011), concluiu-se que os enfermeiros da AB estavam reproduzindo o modelo hegemônico de consultas médicas. Essa prática clínica traz para o enfermeiro demandas inespecíficas para as quais nem sempre conta

com conhecimentos e habilidades técnicas para lidar. Transita, assim, em território desconhecido que espera por invenção de novos modos de enfrentar os problemas de saúde. Ao inespecífico e ao não saber, associa-se a dependência do trabalho dos demais membros da equipe, o que acentua ainda mais as tensões do enfermeiro no cotidiano.

Tal situação evidenciou-se também em nosso estudo, como mostra a seguir:

*Os enfermeiros acabam tendo que executar algumas atividades que não são sua atribuição (DSC).*

A demanda espontânea, que continua sendo um dos maiores motivos de procura dos serviços, não encontra um fluxo organizado de atendimento. Além disso, os profissionais estão expostos a condições de trabalho insuficientes como infra-estrutura inadequada, recursos materiais e humanos escassos, entre outros. No âmbito da saúde coletiva, alguns estudos têm identificado predomínio de ações de caráter individual, principalmente de apoio ao atendimento médico (PASSOS, 2011).

Visualiza-se diante do exposto que é necessário uma maior aproximação com a PNAB, que se caracteriza por um conjunto de ações individuais e coletivas, abrangendo desde ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma ação integral. A política defende ainda que o alto grau de articulação entre as diferentes categorias profissionais, para que as ações sejam compartilhadas, ao mesmo tempo que os núcleos de competência profissional específicos vão enriquecendo o campo comum de competência, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012c).

Além do que já foi apresentado, os currículos orientados para o desenvolvimento das competências requeridas para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) devem prever oportunidades pedagógicas que assegurem aos estudantes aplicar os conhecimentos teóricos e desenvolver habilidades não apenas técnicas, mas também políticas e relacionais, as quais pode-se destacar a articulação com as lideranças da comunidade e o trabalho em equipe, tão inerentes ao fazer dos profissionais da atenção básica (CHIESA *et al.*, 2007).

Pensar a interface entre ensino e trabalho é preciso remeter-se à educação permanente, como mola propulsora dessas transformações do cenário atual. Neste sentido, é preciso contextualizar a integração ensino-serviço neste movimento, inserindo os profissionais de saúde,

docentes e estudantes nas estratégias de educação permanente, tendo em vista melhorar a formação e fortalecer o SUS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

*“Então, reconhecendo essa dinamicidade no campo da saúde, os momentos de educação permanente que acontecem para os trabalhadores da saúde, a gente também tencionava para que aconteça com os internos, para que eles não fiquem desalinhados ou desarticulados com aquilo que está sendo disparado para o serviço de saúde. A Escola trouxe para dentro do Sistema de Saúde de Sobral o papel de fazer essa organização e inserção dos estudantes dentro do Sistema de Saúde de Sobral, ofereceu qualidade a esse processo para oportunizar aprendizagem e diálogo entre o serviço, a academia e a comunidade. Assim a universidade não está distante do que acontece no cenário da saúde no município de Sobral. Muitas vezes quando o município vai desenvolver ações, a gente consegue o apoio financeiro, com liberação de materiais”.*

Concorda-se com os docentes da pesquisa ao defenderem que os internos devem estar presentes nos momentos de educação permanente para os profissionais de saúde. E sabendo que esse movimento deve se dar sobretudo *in loco*, através do matriciamento, das interconsultas, das Rodas, reuniões de equipe, faz com que a sua participação seja assegurada nesse processo. Porém, nem sempre será possível assegurar a presença dos internos nas ações de EP ou capacitação para os profissionais, quando estas ocorrerem em outros espaços fora do CSF, devido a questões estruturais do espaço. Tal circunstância não deve ser entendida como responsável pelo aluno desatualizado.

A proposta da educação permanente parte de um desafio central, coerente com os propósitos da integração ensino-serviço: a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (BRASIL, 2005c).

A educação permanente em saúde oportuniza qualificar tanto o profissional como a formação do estudante. Assim a aprendizagem do fazer do enfermeiro na AB ganha um novo sentido. Para Brasil (2005c) a educação permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na área da saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social, levando em consideração as necessidades de saúde da população e de aprendizagem dos profissionais.

A PNAB defende que para o redirecionamento do modelo é necessária a transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (profissionais, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras e a gestão das mudanças (BRASIL, 2012c).

Com papel estratégico nessa articulação ensino-serviço conta-se com o Grupo de Trabalho de Integração Ensino-Serviço da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia que tem entre as suas principais funções articular o ensino de todos os cursos da área da saúde com os serviços de saúde afins dentro do município de Sobral, o que demanda grandes esforços por parte dessa equipe. Mesmo com uma equipe reduzida, o GT tem conseguido realizar as seguintes atividades: visitas aos campos de práticas, envio de ofícios aos gestores das unidades básicas de saúde, reunião com a coordenação dos estágios da IES uma vez por semestre, Fórum bimensalmente, reuniões com os gerentes dos CSF foram articuladas, porém só aconteceu um encontro em 2014.

O GT de Integração Ensino-Serviço articula o Fórum do Sistema Saúde Escola, que reúne instituições formadoras e profissionais de saúde que contribuem na formação profissional para o SUS. O Fórum consta de encontros realizados bimensalmente, objetivando estabelecer um maior elo entre os sujeitos envolvidos, propiciando momentos de diálogo, discussão, propostas, articulações e planejamento das ações de integração ensino-serviço no Sistema Saúde Escola de Sobral (ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA, 2015).

Com todos os atores envolvidos da IES, do serviço, englobando o GT, conscientes das necessidades, diversos esforços tem se somado ao longo dos últimos anos, favorecendo o fortalecimento dessas relações e ampliando a qualidade da formação dos alunos para que possam atender as demandas de saúde da população local. O que não desmerece a necessidade de uma agenda de novos encontros sistematizados para reflexões e diálogos para identificar novas lacunas de aprendizagem, gerando a busca permanente por novos conhecimentos para o aperfeiçoamento da prática.

Possibilidade de transformar as práticas profissionais existe, porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é

feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2005c).

Além da EP nos CSF, observa-se no DSC que o apoio dos preceptores e docentes da IES aos enfermeiros preceptores precisa ser sistematizado. Os enfermeiros embora concordem em acompanhar os alunos, reconhecem que a presença de um profissional da IES colabora, pois algumas vezes precisam de esclarecimentos sobre o internato ou mesmo para dar um apoio pedagógico ao aluno quando eles não tem tempo. Este acompanhamento não é regular entre as IES, existindo profissionais que organizam sua agenda de modo mais satisfatório, bem como também diferem na qualidade do acompanhamento realizado e na quantidade de profissionais destinados para a função.

*“Entretanto essa comunicação normalmente não é regular entre o serviço e a IES, entre os preceptores da atenção básica e a IES, se dando mais no início e no final do internato. Uma instituição tem o preceptor que tem umas escalas de acompanhamento dos serviços, mas a outra não tem esse preceptor que venha na unidade acompanhando essas ações deles, para estar vendo um caso que eles não conhecem, sentar e discutir o que eles não aprenderam, a gente não tem esse tempo para estar discutindo as dúvidas deles. Tem alguns preceptores da IES que são bem presentes, mas outros não. Às vezes vinha um profissional pegar as fichas para gente fazer a avaliação, não perguntava como foi o andamento do processo, o que precisava ser melhorado. Esporadicamente temos contato com o professor orientador, ou seja, tem turmas que a gente tem contato, outras não. Já no caso da outra IES, o professor orientador vem até a unidade e tem um contato regular com o preceptor enfermeiro da unidade de saúde. Nós não temos no internato corpo docente suficiente. Não temos nos articulado de modo que os professores possam acompanhar esses alunos como a gente gostaria, dentro do município de Sobral”.*

No que se refere a organização dos profissionais para o cumprimento de um melhor acompanhamento percebe-se como viável, porém no caso de haver necessidade de aquisição de novos docentes e preceptores podem-se ter situações possíveis ou não, por se constituírem em questões de ordem maior, em que mesmo que solicitações sejam registradas pelos coordenadores dos cursos as instâncias maiores, não significa necessariamente que ocorra um contratação imediata.

Assim, para além de quantidade de profissionais para realizar as ações, precisa-se também de momentos de planejamento, acompanhamento e avaliação do internato de enfermagem na AB para que essa articulação entre teoria e prática, ensino e serviço ocorra de forma mais efetiva.

### 5.3 Planejamento, Desenvolvimento e Avaliação do Internato de Enfermagem na AB

As instituições de ensino investigadas demonstram que o internato é planejado. No entanto, há ainda um vazio nos processos de monitoramento. Já em relação a avaliação dos processos pedagógicos do internato, esta ocorre de modo sistemático por meio de portfólio, estudo de caso e ao final uma avaliação realizada pelos preceptores do serviço e outra pelos internos.

Embora os entrevistados consideram o planejamento do internato pela IES satisfatório (sorteio para divisão dos internos nos campos de prática, orientação dos alunos e preceptores da IES (quando existe) sobre os objetivos do internato e sobre a função de cada membro nesse processo), reflete-se sobre o potencial deste, ao elucidar que este fosse realizado pontualmente em um ou dois momentos. Vale ressaltar o equívoco que é o planejamento sem a presença do enfermeiro preceptor. Entendemos que para a concretude deste processo formativo deva-se tomar em consideração a relação de uma aprendizagem baseada nas demandas de saúde da população da região a qual atuam, as necessidades de aprendizagem dos alunos, as metodologias de ensino, a estrutura física e qualificação de seus colaboradores.

*“Sabendo quais são os alunos que vão para atenção básica, a gente entra em contato com a Escola, faz o pedido formal, solicitando os campos de prática. A gente chama os alunos, faz uma reunião e aí a gente vai junto com eles planejar, a partir do dimensionamento que a gente tem, realizando um sorteio para a divisão deles no campo. Depois a gente explica para os alunos os objetivos do internato na atenção básica, as competências que eles têm que ter, as responsabilidades deles, apresenta o instrumento, discute como vão ser avaliados e caso não julguem justo, a gente muda”.*

Rodrigues (2012b) relata que no alargamento das relações da IES com o SUS, na discussão da integração do ensino na prática de enfermagem, há exclusão de enfermeiros assistenciais para integrar a construção do planejamento do processo de ensino e aprendizagem, ficando este à margem do processo ao mesmo tempo em que tem que abranger o processo.

Em consonância com o estudo de Pizzinato *et al.* (2010), o atual estudo mostrou que é necessário uma maior participação dos profissionais do serviço no planejamento das estratégias pedagógicas nos cenários de prática. Complementando essa ideia, Macedo (2003) enfatiza que na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio.

Quanto ao planejamento do enfermeiro preceptor nos CSFs, os sujeitos consideram como satisfatório, se constituindo por um sorteio para divisão dos internos entre os enfermeiros, ficando a proporção de um enfermeiro para um interno, seguida pela apresentação da unidade de saúde. Os enfermeiros apresentam duas formas de inserção dos internos nas atividades: o internos acompanha o cronograma já previamente estabelecido pela equipe ou podem estar orientadas com base nas dificuldades do interno e no roteiro de avaliação. Vale enfatizar que os profissionais devem organizar seus cronogramas com base nas necessidades de saúde da população assistida pela equipe. Como situação ideal tem-se a mesclagem das duas propostas.

*“O planejamento acontece na unidade de saúde através de momento de reunião com os internos. A gente é acolhido pelo preceptor. Teve um sorteio onde cada interno fica com um enfermeiro. Eu creio que teve esse planejamento entre eles de como seria essa acolhida e a divisão dos internos. E um certo planejamento que vai acontecer também com cada enfermeiro preceptor, em cada equipe da unidade de saúde, a respeito da dinâmica de funcionamento da equipe, da rotina do posto, as orientações para estar inserindo eles nas atividades. O que o enfermeiro faz eles acompanham. O planejamento que eu faço é o cronograma, que eu vou inserir o acadêmico de enfermagem para que ele possa contribuir como um aluno e eu dando minha contribuição também como profissional de saúde. O preceptor, a partir do roteiro de estágio supervisionado, coloca para eles as atividades a serem desenvolvidas. Se existe alguma coisa que excede aquilo que o preceptor julga ser interessante ou o próprio interno, então a gente acaba incluindo isso. A gente vê as dificuldades e vai trabalhar em cima delas”.*

Ao considerar que atualmente vive-se no município uma rotatividade de profissionais enfermeiros na AB, destaca-se a necessidade de um alinhamento desse planejamento entre IES e serviço, para que os enfermeiros ao iniciarem sua experiência como preceptores do serviço possam se sentir mais seguros.

No que se refere a comunicação dos enfermeiros preceptores para o início do internato, identifica-se no DSC sinalização de que algumas vezes só ficam sabendo quem são os internos quando os alunos chegam na unidade de saúde. No diálogo com o GT de Integração Ensino-Serviço identificou-se que os serviços são informados via ofício, direcionados para os gerentes das unidades que irão acolher os internos. Neste consta os objetivos do internato de enfermagem na AB, a carga horária e o período do internato, acompanhado da relação dos internos, do docente responsável e contato telefônico. O exposto, demonstra que se existisse de forma sistemática um acolhimento no início do internato com todos os atores envolvidos, as chances desses eventos acontecerem reduziriam.

*“Normalmente no internato não sou comunicada, pelo menos a mim enquanto enfermeira eu não fico sabendo, só quando eles chegam ou então só liga, eu estou mandando os internos tal dia, muitas vezes os alunos vem é só, o preceptor, o coordenador do estágio não vem aqui passar para gente, explicar as atividades que eles vão ter que desenvolver, o período do internato. O que nos repassam é assim: até tal dia tem que entregar o portfólio, tal dia tem que apresentar o estudo de caso”.*

Segundo ainda os entrevistados da pesquisa, os internos às vezes chegam e desenvolvem seu internato praticamente sem a presença de um profissional da IES, situação não desejada mas que às vezes favorece de certa forma que o aluno desenvolva autonomia. Os sentimentos dos internos coincidem com os resultados da pesquisa de Vannuchi *et al.* (2014), quando os alunos concluem que as situações desafiantes foram essenciais para o seu desenvolvimento, e que o sentimento de superação auxiliou no seu amadurecimento e no autoconhecimento durante o caminhar do internato.

*O aluno mesmo que tinha essa autonomia de tentar resolver algum problema. Não tinha esse link entre o professor coordenador do módulo e o preceptor ou gerente da unidade. Os professores praticamente não iam no território (DSC).*

Os desafios apresentados até o momento demonstram que o internato jamais estará pronto, ideal ou consolidado. O assunto não se esgota, ao considerar que a história é feita todos os dias, com novos atores, novos contextos, todos com o mesmo poder de transformar os profissionais que são formados a cada dia (GARCIA; VANNUCHI, 2013).

Em relação ao acompanhamento do internato, este não acontece de forma sistemática por parte das IES. Segundo os enfermeiros do serviço e os internos, se faz necessário uma maior presença e um cuidado do preceptor da IES e/ou do docente no campo de prática, por se acreditar que o encontro desses profissionais promove a troca de informações sobre o internato, sobre o desempenho do interno, sobre o processo de avaliação do mesmo, ajudando também no apoio as dúvidas quando o enfermeiro preceptor não conseguisse responder.

*Com relação a IES para com a Estratégia Saúde da Família a gente não teve esse momento de sentar para planejar (DCS).*

Na relação enfermeiro-docente-preceptor da IES é imprescindível acontecerem os feedbacks para que se estabeleça um movimento pedagógico para compartilhar conhecimentos e experiências e assim a formação vai sendo (re) construída permanentemente. No estudo percebe-se que o enfermeiro preceptor não recebe estes retornos por parte das IES.

Essa fragilidade da academia em promover espaços de diálogo com o profissional da saúde e estar presente nas discussões clínico-pedagógicas com o estudante tem sido recorrente em algumas realidades. Este fato gera angústia e solidão nos profissionais da saúde. Destacam-se críticas em relação a lógica de organização das instituições envolvidas, os serviços de saúde centralizam suas atividades na produtividade dos procedimentos enquanto a universidade foca na produção de conhecimentos teóricos e metodológicos (SIMON, 2013).

Segundo a fala dos entrevistados a presença de um profissional da IES se faz necessária no início do internato por existir uma insegurança pela ausência de vínculo com os profissionais do serviço. Essa solicitação se apresentou de forma mais clara na fala dos internos da IES que não tem preceptor. No início a gente tem um pouco de dificuldade, porque a pessoa se senti ali sozinha por não ter o preceptor da IES. A única queixa que eu tenho do meu internato foi não ter um preceptor da IES.

Constata-se que é preciso estabelecer estratégias para uma maior integração entre o ensino e o serviço. No caso particular de Sobral identificou-se o apoio do GT de Integração Ensino-Serviço da EFSFVS que media essa relação e que pode fazer com que o sistema de saúde se configure de fato como um sistema aprendente em sintonia com todos os seus componentes.

Segundo Chagas *et al.* (2008), há uma organicidade institucional entre o Sistema de Saúde de Sobral e a universidade, buscando-se efetivar um sistema saúde-escola, entretanto, ainda temos muito que avançar nas relações intersetoriais, pois, apesar de a universidade ter como campo de prática favoráveis a formação profissional, ainda não se consegue uma articulação produtiva efetiva entre docentes e profissionais assistenciais. Um dos fatores que podem estar contribuindo para esse distanciamento pode ser o fato de que são poucos os professores que atuam como enfermeiro (a) assistencial, apesar de alguns estarem envolvidos diretamente com a gestão de serviços de saúde.

Como estratégia para a integração ensino-serviço, os docentes argumentam que já foi tentado se reunir com os enfermeiros e outras IES para avaliar, adequar e padronizar o instrumento de avaliação, mas não tiveram êxito por diversas situações. Enfatizam que algumas situações precisam ser vistas com maior cuidado, pois no instrumento existe uma pontuação avaliando o desempenho do interno, sendo que na unidade de saúde a qual prestou o internato, não houve a oportunidade do aluno desenvolver tal atividade. Então existem algumas arestas que precisam ser alinhadas entre as instituições e profissionais que são co-responsáveis pela formação desses profissionais.

*“A gente tentou marcar momentos com os preceptores do serviço e nós enquanto supervisores para poder ajustar o instrumento de avaliação, acabou que a gente não fez. Tentamos várias vezes, mas não tinha agenda, não tinha pauta, foi difícil. E dizer assim, a culpa foi do Sistema, não! A culpa foi muito mais nossa de não ter insistido mais. Ainda não conseguimos ajustar e discutir amplamente esse instrumento com os enfermeiros. O instrumento que é utilizado a gente vai fazendo mudanças a partir daquilo que a gente tem percebido, aprendido das avaliações. A gente mudou o instrumento de avaliação do preceptor porque o primeiro instrumento que a gente adotou, o preceptor teve dificuldade de compreender como é que ele ia avaliar aquele aluno, porque para os enfermeiros a gente não teve nenhum momento. Tinha centro de saúde que tinha a Política do Homem implantada e outros não*

*tinham, mas o instrumento estava lá. Geralmente as reclamações não dizem respeito ao instrumento de avaliação, dizem respeito ao cotidiano de trabalho nas unidades”.*

Um estudo realizado com os profissionais da AB do município de Florianópolis apontou que as ações de integração ensino-serviço representam desafio, crescimento e sobrecarga para os profissionais, postura crítico-reflexiva e visão ampliada da saúde para os alunos e por fim para os docentes mostrou que há um distanciamento do serviço, falta de sintonia entre academia e serviço e maior interesse pela atenção básica (SIMON, 2013).

Assim, a integração ensino-serviço deve ser um trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado entre estudantes, professores, trabalhadores da saúde e gestores, cuja finalidade é o desenvolvimento das instituições, dos profissionais envolvidos e da formação dos estudantes.

A insatisfação da dicotomia teoria e prática tem mobilizado cada vez mais as instituições de ensino a avaliarem seus currículos, o que é extremamente importante no que se refere ao conteúdo ensinado, as metodologias de ensino, a formação dos docentes e aos campos de prática. Deve-se dar uma especial atenção para a formação dos docentes e preceptores. Os docentes precisam vivenciar a prática dentro dos serviços de saúde, assim como os enfermeiros preceptores precisam vivenciar os fundamentos teóricos dos módulos.

Para Cavalheiro e Guimarães (2011) as dificuldades no serviço podem estar relacionadas à resistência dos profissionais, pois a formação não faz parte da agenda de trabalho (“não recebem para ensinar”). Além disso, há problemas na estrutura física das unidades; resistência da população à presença do estudante no serviço; temor dos profissionais do serviço de que as fragilidades sejam identificadas, entre outras.

Contradizendo o que os autores anteriormente relataram, os enfermeiros da pesquisa colaboram com o estabelecimento da preceptoria de serviço no CSF. Os internos relatam que há um acompanhamento satisfatório tanto da preceptoria da IES quanto do serviço. Ainda falam que havia sempre uma preocupação dos preceptores com relação ao seu processo de ensino-aprendizagem, estimulando-os para o estudo e para o desenvolvimento de habilidades.

*“Tinha um tempo no estágio para poder sentar, conversar e saber como está indo nos procedimentos, como é o certo, como é o errado, sempre pedindo que se tiver algo novo, chegar em casa e rever de como é que faz aquele procedimento. No internato a gente tem uma liberdade maior de estar atuando enquanto enfermeiro em si, até mesmo para ajudar. Houve a preocupação de dar essa liberdade para gente, quando a gente estiver se sentindo seguro para fazer. Então até a gente fazer algo sozinho, tanto o enfermeiro, quanto o preceptor, chegava, perguntava como que estava sendo, se já estava dando para acompanhar, se estava entendendo os procedimentos e se eu estava dominando os programas”.*

O processo de monitoramento realizado pelos enfermeiros, preceptores e docentes é um dos importantes componentes constituintes para um processo de ensino-aprendizagem de qualidade. A saúde por ser muito dinâmica e existirem as particularidades e as contradições de cada aluno, serviço e profissional, se faz necessário sempre acompanhar esse processo oferecendo apoio. É preciso avaliar se os alunos estão desenvolvendo as competências requeridas para a sua profissão, como estão aprendendo, que contribuição a população e o serviço estão tendo com a presença dos internos nos serviços, entre outros requisitos.

É necessário chamar a atenção para a responsabilidade que os profissionais devem estar imbuídos da responsabilidade do acompanhamento do interno para o desenvolvimento de competência, em que mesmo quando já tiverem adquirido segurança em alguma atividade, ainda assim deve realizá-lo sob os cuidados desses profissionais.

Com relação aos momentos teóricos-conceituais e de reunião na IES durante o internato de enfermagem na AB, embora fossem pontuais, alternando de quinzenais a mensais, os alunos declaram que muitas vezes o docente tinha organizado o momento com base em uma demanda dele, que existiam momentos para alguns internos esclarecerem dúvidas do território e que se sentiam apoiados.

Percebe-se nestes momentos noturnos um potencial para ampliar os conhecimentos dos participantes, uma vez que podem ter várias finalidades como elucidar dúvidas, compartilhar vivências, aprofundamento teórico de assuntos sugerido pelos internos, entre outros. Em relação a frequência dos encontros, acreditamos que estes devem acontecer semanal ou quinzenal para obter um resultado efetivo.

*“No período noturno a gente teve aulas, mesmo inserido no serviço. A gente tinha momentos pontuais e presenciais na sala de aula, em que a gente se reunia e discutia os principais casos que a gente poderia vivenciar, principalmente os complicados, colocava alguma dificuldade para o professor que estava responsável e ele via qual a melhor forma de estar resolvendo o problema, de estar falando com alguém, se fosse necessário. Nessas aulas à noite, a gente tinha aula teórica mesmo, a gente abordava assuntos, algumas pessoas chegavam e falavam: “A gente está frágil na abordagem a hanseníase”. E assim, eu não vou dizer que a gente podia dizer qual era a fragilidade e já mudava. Mas assim, algumas coisas eles já orientavam. Então a gente tem essa liberdade de estar dando sugestões, no que pode estar melhorando”.*

O DSC se aproxima da pesquisa realizada por Ignotti *et al.* (2014) ao referir que os temas abordados nos encontros teóricos têm sua importância reconhecida e valorizada pelos docentes e internos. Porém diferem quando afirmam que há a participação dos enfermeiros de campo nestes momentos noturnos, pois no estudo atual não há essa presença de forma sistematizada.

Quanto a avaliação realizada pelos internos ao final do internato, os mesmos gostariam que acontecesse enquanto eles ainda estão em campo, para que pudessem se beneficiar das suas sugestões. Porém, entendem que as sugestões feitas ao final do internato são válidas, em que outras pessoas se beneficiarão, da mesma forma que outros sugeriram e eles se beneficiaram. Assim, embora não tenham o retorno de suas sugestões no instrumento de avaliação, acreditam que a IES analisa e faz as intervenções para melhorias.

*“A professora chamou a gente para discutir como tinha sido o internato. A avaliação é feita assim, a turma que está saindo do internato vai dando o feedback quanto ao campo, quanto a diretoria de estágio, a preceptora, a equipe. Então eu deixei a minha opinião, mas quando eu estava saindo do internato. A partir daí, com certeza eles fazem uma avaliação para o próximo semestre, para os próximos alunos”.*

Para Kikuchi (2009), a avaliação pode ser pensada como um espaço mediador entre o ensino e a aprendizagem, onde estudante e professor podem intencionalmente ir à busca de soluções e melhorias. É um espaço de diálogo e participação. Assim, a avaliação na tendência pedagógica crítica é o espaço para o diálogo aberto e transparente que possibilita ao aluno e professor, juntos, estabelecerem caminhos para a superação das dificuldades encontradas ao longo do processo de ensino-aprendizagem.

Apesar de considerarmos os desafios e as limitações para a prática da avaliação, pensa-se que poderia ser vivenciado experiências com feedback entre os alunos e profissionais durante o internato, para que cada sujeito pudesse se perceber nesse processo, promovendo o desenvolvimento da aprendizagem significativa, impactando positivamente no desempenho dos alunos e dos profissionais.

O desempenho é a expressão concreta dos recursos que o indivíduo articula e mobiliza para enfrentar situações. Assim, a observação destes desempenho pelo avaliador possibilita identificar o uso que o sujeito faz daquilo que sabe (KIKUCHI, 2009).

Para que o desenvolvimento e a culminância desse processo seja exitosa, se requerer a participação ativa dos docentes e preceptores, observando a implicam no ensino-aprendizagem, as limitações e potencialidades para o exercício de suas funções.

#### **5.4 A Colaboração dos Preceptores e Docentes no Processo Pedagógicos do Internato de Enfermagem na AB**

Atualmente, o trabalho do enfermeiro possui três dimensões, o cuidado/assistência, a gerência/supervisão e o ensinar, dimensões essas que se complementam. Seu trabalho se

caracteriza também pela sua abrangência, podendo atingir a área da prevenção, promoção e recuperação da saúde (PASSOS, 2011).

Na dimensão ensinar, os preceptores do serviço apesar de não fazerem parte da academia e reconhecerem algumas fragilidades como não dominarem muito as questões pedagógica e dificuldade para conciliar o trabalho com o ensino no início da preceptoria, acreditam juntamente com os discentes que conseguem colaborar para a aprendizagem dos alunos. Para superá-las buscam realizar alguns estudos, para poderem estar sempre ajudando os internos, até porque além de contribuir com o aluno, irá agregar mais valor à sua vida profissional e ao seu currículo. Segundo Pizzinato *et al.* (2010) a participação dos alunos dos diferentes programas nos serviços de saúde tem estimulado os trabalhadores para a qualificação e aprimoramento técnico, trazendo repercussões positivas ao serviço.

*“Me sinto seguro para tal função de preceptor. No começo eu tive alguma dificuldade de conciliar o trabalho do preceptor com o trabalho propriamente dito. Foi um desafio devido essa questão de metodologia, da pedagogia. O preceptor ele exerce um papel fundamental que é a questão de orientar e acompanhar os estudantes, de ver as necessidades e traz o conhecimento prévio dele para repassar aos estudantes. Procuro estudar e refletir sobre essas questões pedagógicas, para que eu possa ajudar melhor o interno. Enquanto preceptora eu sei que aquilo vai contribuir com a minha profissão, além de pensar no lado do aluno. O nosso preceptor da unidade básica foi muito presente, deixou a gente muita à vontade, a gente conseguiu formar um vínculo mesmo. Tinha disponibilidade de estar explicando tanto no suporte dos conteúdos que eu tinha fragilidade, quanto ela mesmo tinha interesse de me ensinar, de me chamar para algumas coisas. Ela tinha essa paciência, essa disponibilidade e isso pra mim foi muito importante. Ela tinha confiança de deixar eu fazer realmente a consulta. A gente conseguia fazer as consultas de enfermagem, ela só observava”.*

Esse contato constante com os alunos altera a rotina dos enfermeiros, fazendo com que o profissional busque novos conhecimentos, repense a sua prática estimulado pelos questionamentos que os estudantes trazem, procurando manter-se atualizados, retirando o profissional do automatismo no trabalho que muitas vezes se encontram, despertando também um interesse em participar de cursos para melhorar sua qualificação.

Ser enfermeiro da Estratégia Saúde da Família não quer dizer que está preparado para ser preceptor. A relação ensino-aprendizagem não limita-se a socialização da rotina. Ser docente requer competências pedagógicas. Diante de um estudo realizado por Simon (2013), alguns profissionais relatam que não foram preparados para atuar como preceptores e/ou supervisores de um campo de estágio e que existe a necessidade das instituições envolvidas nesta parceria, reconhecerem que o profissional precisa de formação permanente, espaço físico e períodos reservados para trabalhar com o aluno.

É perceptível a necessidade de qualificar o profissional da rede de saúde para esta prática docente. As DCN orienta como um dos conteúdos para o currículo de enfermagem o ensino de enfermagem, com vista a capacitação pedagógica do enfermeiro. Simon (2013) defende que o exercício de acolher, acompanhar e avaliar o acadêmico requer competências que geralmente não são desenvolvidas na graduação dos profissionais enfermeiros.

Para completar a preparação do graduando para o desempenho da prática educacional, o ensino da enfermagem deve fazer parte da matriz curricular como conteúdo essencial de graduação. Na matriz curricular das IES pesquisadas há a oferta do ensino da enfermagem no quadro das disciplinas optativas em uma das IES, como Didática no Ensino Superior com 60 horas/aula. Assim, a IES oportuniza durante a graduação uma aproximação com a temática para os discente que tenham interesse em ter uma carreira voltada para o ensino-aprendizagem. Em relação a atividade que contribua para o desenvolvimento do enfermeiro do serviço para o exercício da preceptoria não há indícios no Projeto Pedagógico do curso de graduação de enfermagem das duas IES.

Percebe-se a importância e a urgência para repensar o apoio pedagógico a esses profissionais por compreender que os enfermeiros do serviço agem como facilitadores do processo educativo e de inserção do aluno no mundo do trabalho. Dessa forma, precisa haver uma maior sensibilização das IES com relação a esta necessidade, atuando de forma incisiva na qualificação desse profissional.

Mesmo que existam outros profissionais acompanhando o aprendizado do interno, o enfermeiro preceptor do serviço certamente é o que mais tem a oportunidade de ensinar para o discente sobre a realidade a qual vivenciam, devido a aproximação que mantém com o contexto de aprendizagem, a carga horária que partilham juntos e o vínculo.

Esta ideia fica clara quando os internos denotam no discurso que não existia uma relação de poder (opressores e oprimidos) com os enfermeiros. Existia sim interesse dos enfermeiros em compartilhar seu conhecimentos, sempre com muita paciência, promovendo um espaço propício para o processo de aprendizagem dos internos.

Os egressos da graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul revelaram em um estudo que o enfermeiro assistencial auxilia no processo de formação, promove a integração dos alunos com a equipe, associa o aprendizado teórico à atividade prática, ressalta a rotina do campo de prática e o vínculo com a comunidade como

importantes para o alcance de melhores resultados na assistência. Além disso, a participação do enfermeiro favorece uma maior integração dos cuidados, pois estes apresentam condições de compartilhar conhecimentos e habilidades; têm, também, visão real do ensino e desenvolvem modelos diversificados de relacionamentos interpessoais (NUNES; BOTTAN; SILVA, 2011).

Na perspectiva sobre a colaboração do docente, os internos verbalizam estarem satisfeitos com o desempenho destes profissionais, porque eles vão em busca dos cenários de prática que mais poderão contribuir com sua formação. Para os docentes, no que diz respeito às questões burocráticas ligadas ao internato de enfermagem na AB eles alcançam boa resolutividade, entretanto em relação ao acompanhamento pedagógico dos alunos em campo, expressam que existem limitações para a sua implementação, merecendo uma maior dedicação, exigindo um maior esforço para o compartilhando dessa vivência junto aos enfermeiros e aos preceptores da IES.

*“A nossa função docente é visitar os campos onde estão os internos, acompanhar os instrumentos de avaliação desses alunos, acompanhar a frequência de alunos no campo. E essa função sendo organizacional, é mais de gerir os campos, ir atrás de preceptores, administrar alguns problemas que ocorrem e mediar conflitos. Os docentes são os que têm o primeiro contato com a gente, eles que vão em busca dos melhores estágios pra gente, os melhores PSFs. Eles colocam a gente realmente onde tem aprendizado, porque tem certos territórios que não têm grande aprendizado. E eu ainda não consegui pedagogicamente me inserir no internato como um professor, utilizar estratégias pedagógicas para direcionar o aluno no campo. E aos poucos eu estou tentando trazer mais essa função pedagógica para a gestão de estágio, trabalhar de forma pedagógica a formação, as competências que eles devem adquirir. Não só esperar que o preceptor de campo faça isso”.*

O discurso dos entrevistados se alinha com os resultados da pesquisa de Simon (2013) ao revelar que os docentes deveriam estar regularmente acompanhando os alunos nesta prática, pois alguns participam somente de forma pontual na unidade, deixando para os profissionais do campo a responsabilidade de ensinar e supervisionar os alunos.

Acredita-se que a medida que os docentes se insiram mais pedagogicamente nos campos de prática e que os enfermeiros participem dos momentos que acontecem na IES acerca do internato, em um trabalho colaborativo interinstitucional, as diferenças que existem para o bom desenvolvimento do internato irão ser reduzidas.

Uma estratégia que tem subsidiado essa aproximação dos docentes das IES com os profissionais da atenção básica tem sido os programas interministeriais, o PET-Saúde e o Pró-Saúde, se estabelecendo como uma das alternativas dos programas para a reorientar a formação profissional (SIMON, 2013).

No que concerne ao preceptor da IES, os alunos afirmam que esse profissional colaborou, dando apoio quando tinham dúvidas e orientando alguma atividade para não ficarem ociosos. A presença desse profissional, segundo ainda as falas, também proporciona segurança para a criação de vínculos com a equipe no início do internato. Porém, acreditam que esse acompanhamento não deve se dar de forma contínua para não interferir na aquisição da autonomia do interno dentro da equipe e do serviço.

*“Assim, eu acho que esse acompanhamento do preceptor, tem seus pontos positivos e negativos. No início a gente tem um pouco de dificuldade, porque a pessoa se senti ali sozinha por não ter o preceptor da IES. Para o acadêmico que não tem iniciativa, pode se tornar um pouco dependente do preceptor, não foi meu caso, porque a gente acaba não tendo muita autonomia. Mas por outro lado, você ter o preceptor ali para estar lhe acompanhando, lhe dá uma segurança maior. Quando tinha que fazer um procedimento e a gente estava ocioso é difícil as enfermeiras falar: "Bora fazer isso aqui!". O preceptor estava acompanhando três territórios, mas a ausência dele pra mim não prejudicou em nada. Foi na medida certa. Eles sempre vão lá saber como é que está, pergunta o preceptor como são os alunos, o que eles podem estar ajudando. Eles fazem o possível para estar dando atenção a todos os territórios assim que eles são chamados. Eu acho que eles desempenharam bem o papel deles”.*

O preceptor é o profissional que, inserido no campo de práticas em saúde, orienta, acompanha e ensina determinado grupo de estudantes da área da saúde. Ademais, compartilha experiências contribuindo para a formação desses futuros profissionais a partir de seus conhecimentos teórico-práticos.

Com estes atores em cena, os entrevistados exprimem a ideia de que existe uma relação solidária entre os internos, preceptores e docentes, reconhecendo que cada um dos membros tem sua maneira de colaborar com o outro, em que todos os envolvidos ensinam e aprendem, pois cada um detém um saber que somará a vida pessoal e profissional do outro. Pizzinato *et al.* (2010), diz que com a entrada em cena de docentes e estudantes atuando junto com os trabalhadores, há certamente uma oxigenação, uma motivação, promovendo alteração na cultura do trabalho e da formação.

*“Dentro do meu saber técnico-científico, da minha prática me sinto partilhando os meus conhecimentos, muitas das vezes é uma troca porque eles têm também coisas para ensinar a gente. Alguns casos são discutidos entre o enfermeiro preceptor e o aluno. Eu sempre tento ser mais aberta aos alunos. Eu sei que naquela correria do dia-a-dia a gente não consegue dar a assistência suficiente, mas a gente entende que eles têm que aprender, que a gente tem que dar o máximo de assistência. Fazer um trabalho em conjunto entre teoria e prática”.*

Os enfermeiros preceptores destacam a importância do conhecimento que o aluno possui, se beneficiam durante o internato com as trocas de saberes. Até porque esse conhecimento na saúde é produzido cotidianamente. Assim, percebe-se que o enfermeiro deve sempre buscar outras formas de atualização que não se restrinja só ao que é oferecido pelo serviço, pois nem sempre este dá conta de suprir todas as suas necessidades de aprendizagem.

Para Kikuchi (2009), a relação entre o aluno e o professor dá-se de forma horizontal, onde ambos aprendem e desenvolvem-se para a vida, pois pressupõe uma troca de saberes e experiências. A mediação pedagógica do professor dá-se pela intencionalidade no provimento das condições para a aprendizagem do aluno, o que requer, de ambos, uma disposição para o diálogo e negociação durante o processo.

Ainda analisando o discurso anterior, para os enfermeiros o tempo que dispõem para dúvidas e discutir sobre os questionamentos que surgem no cotidiano do trabalho nem sempre é suficiente. Então, percebe-se que é necessário este profissional dispor de uma carga horária destinada para essa questão quando não tiver um profissional da IES dando retaguarda a estas necessidades.

Para os alunos entrevistados os enfermeiros preceptores, os preceptores da IES e os docentes de fato assumem uma postura pedagógica, favorecendo a sua formação profissional. De acordo com o que descreve Prado, Prado e Reibnitz (2012) sobre educação democrática, o internato de enfermagem na AB de Sobral se inseri dentro desse contexto de educação, onde o educador tem uma postura de respeito com o educando, possibilitando uma educação participativa, fragilizando alguma relação de poder que possa existir.

Na abordagem dialógica de competência há também uma mudança no papel da escola e dos docentes na relação com estudantes e com o mundo do trabalho. Essa mudança ancora-se na constatação da existência de diferentes saberes onde não deve ocorrer subordinação e sim, complementariedade na integração teoria-prática (LIMA, 2005).

O consenso atual é que o professor seja um facilitador e mediador do processo de ensino aprendizagem, possibilitando ao aluno aprender por si próprio, o tornando parte ativa no processo de aprendizagem. As instituições cabe garantir o fornecimento dos meios e ambientes facilitadores da aprendizagem. Dessa maneira, há um estímulo para a troca de informação entre professores e alunos, e entre alunos, o que ajudaria a desenvolver no aluno a habilidade de reagir de maneira correta às novas situações que serão impostas pela prática profissional, sendo capaz e transformar-se e transformar o contexto o qual vivencia (MARANHÃO, 2003).

No discurso a seguir observa-se que ainda existe por parte de alguns profissionais da IES a concepção de que por se vivenciar um sistema saúde-escola, os enfermeiros das unidades básicas devem acompanhar os estudantes quase que exclusivamente. Porém, isso deve ser feita de forma responsável e compartilhada. Os docentes e preceptores da IES precisam se aproximar

um pouco mais dos enfermeiros preceptores para um maior acompanhamento da aprendizagem no cenário de prática e juntos construïrem as melhores estratégias para a formação dos enfermeiros. Tal situação corrobora com os resultados da pesquisa de Simon (2013) que evidenciou dois fatores que corroboram para uma responsabilidade extra para o profissional do campo: o desconhecimento da prática assistencial pelo docente e a falta de vínculo entre ambas às instituições.

*“O quantitativo de professores, isso não é desculpa, mas a gente acaba dizendo que é. Faz com que os professores não acompanhem os alunos. E aí o que acontece? Qual o discurso que a gente tem na IES? É que a gente não tem tempo, que a gente tem que fazer ensino-pesquisa-extensão, que somos poucos, que a gente tem a parceria com o Sistema de Saúde e aí o enfermeiro que vai assumir. Mas o que acontece, faz tanto tempo que a gente não está lá dentro, que a gente chega da universidade, fica deslocado. A gente não sabe o que tem para fazer. E aí acaba a gente indo fazer visita ao sistema. A gerente está ocupada e a preceptora está envolvida com o atendimento. A gente não incorporou aquilo ali no nosso processo de trabalho”.*

Por fim, pode-se afirmar que o aprendizado possui maior significado quando construído em conjunto, com a parceria dos enfermeiros de campo, com os docentes, preceptores e internos das IES.

O preceptor e docente precisam estar cada vez mais articulados e preparados para despertar no aluno o interesse por aprender, o motivando para uma compreensão mais efetiva de sua profissão, utilizando metodologias ativas que ajudam tanto ao professor ensinar de forma mais interativa, como o aluno a aprender de forma mais significativa e atrativa para ao final do internato o interno tenha desenvolvido as competências necessárias a sua profissão.

### **5.5 Competências Desenvolvidas pelo Interno de Enfermagem e sua Relação com as DCN**

Durante o internato de enfermagem na atenção básica espera-se que o interno desenvolva as competências necessárias para um efetivo exercício profissional articulado com os princípios do SUS. Sumariamente os alunos que realizam internato de enfermagem na AB de Sobral tem conseguido vivenciar e aprender as competências que os enfermeiros desenvolvem. Maranhão (2003) diz que se espera do profissional a capacidade de promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades individuais com as da comunidade, atuando aí como agente de transformação social.

Educação por competência é entendida como um processo pelo qual se desenvolvem estratégias para mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes de um indivíduo para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações (PERRENOUD, 2000).

Observa-se a percepção do coletivo (internos, docentes e preceptores) acerca do resultado do internato de enfermagem na AB no discurso a seguir:

*Os alunos chegam com muita dificuldade, mas no decorrer do internato a maioria consegue desenvolver as competências esperadas. Vem roteiros de avaliação e a gente percebe a partir dessa avaliação que temos bons resultados (DSC).*

Durante o internato, percebe-se pelos discursos que o aluno adquire novos conhecimentos, amplia sua visão em relação ao sistema de saúde, do trabalho em Redes de atenção, do funcionamento do CSF, desenvolvem habilidades inerentes ao processo de trabalho do enfermeiro e da equipe. Foi muito destacado pelos internos a competência para realização de exames de Papanicolau, de pré-natal, da puericultura, trabalho com grupos de hipertensos e diabéticos, bem como campanhas de vacinação. Esta vivência tem possibilitado ao aluno visualizar o quanto é diversificado, complexo e interativo o fazer do enfermeiro na ESF, ganhando uma maior compreensão à medida que vivencia um novo contexto.

Conforme o estudo de Silva *et al.* (2010),

as principais atividades desenvolvidas pelas enfermeiras na rede básica são o treinamento e supervisão do pessoal de enfermagem; a assistência e as ações educativas e preventivas nas áreas da criança e adolescente, mulher, adulto e idoso; bem como as ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Esta última está passando por recente incorporação nos CSs. Destacam-se ainda, as atividades agrupadas na “co-gerência” junto ao coordenador da unidade local de saúde, que na maioria das vezes também é uma profissional enfermeira, tais como o planejamento das atividades do CS nas diferentes áreas de atenção; a organização de campanhas de vacinação e ações extra-muros e intersetoriais, junto às escolas, creches, indústrias, empresas e demais instituições de sua área de abrangência.

De acordo com Maranhão (2003), os alunos durante o internato de enfermagem na AB tem se aproximado dos objetivos que as diretrizes curriculares consideram para os alunos dos cursos de graduação em saúde que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo o seu desenvolvimento com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção como qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidade.

As DCN como orientadora do perfil profissional de cada área, estabelece o conjunto de competências e o rol de conteúdos que deverão ser ministrados em cada curso (JUNQUEIRA, 2014). Essas diretrizes propõem que o projeto pedagógico tenha o aprendizado baseado em competências, em evidências científicas, solução de problemas e orientado para a comunidade (MARANHÃO, 2003).

Espera-se, portanto, que os profissionais da saúde possuam uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo capacitados a atuar, com base em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, recuperação e reabilitação à saúde, prevenção de doenças e na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (JUNQUEIRA, 2014). A gente tem essa dimensão do que abrange o SUS, tem a questão da promoção, da prevenção, não é só aquela coisa da emergência e da doença.

A resolução que aprova as DCN destaca ainda, seis competências e habilidades a serem desenvolvidas para o bom exercício da profissão. Na atenção à saúde o profissional de saúde deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com os três níveis de atenção do sistema de saúde. O profissional deve orientar sua práxis pelos princípios da ética/bioética, considerando que a responsabilidade da atenção só se encerra com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo. No que se refere a formação específica do enfermeiro, este deve atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso (BRASIL, 2001).

Agregando a essas competências tem-se a PNAB, que visando à operacionalização da atenção básica, define como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2012c).

Considerando essas áreas estratégicas, observa-se que os internos tem vivenciado durante o internato de enfermagem na AB os programas da eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, saúde da criança, saúde da mulher, assistência ao hipertenso e diabético e ainda atividades de prevenção de doenças. Vejamos o que concerne ao papel do interno no DSC:

*“Primeiramente eles observam, mas eles não ficam só olhando, eles participam mesmo da coleta do Papanicolau, do pré-natal, da vacinação, das visitas domiciliares, do acompanhamento do recém-nascido, da puericultura, do trabalho de educação em saúde que também era bem realizado durante os grupos que a gente fazia de hipertenso, a renovação das medicações e verificação de sinais vitais. Então elas ajudavam demais. No PSF a gente pegou de tudo, casos de tuberculose, de hanseníase, de gestante usuária de droga. Eu tinha uma visão completamente diferente do que era acolhimento”.*

Os internos relatam que se sentem seguros para atuarem em sua vida profissional, a partir dos programas de atenção à saúde, porém têm a consciência que a ESF não se restringe a

estes. Reconhecem que no cotidiano do trabalho do enfermeiro nos CSF perpassa um trabalho interdisciplinar. Não tenho medo o que for voltado aos programas. Claro que PSF não é só isso, existe outras coisas por traz, existe outros problemas que normalmente não envolve só o enfermeiro, envolve o NASF.

O processo de trabalho das equipes de atenção básica apresenta com forte característica o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida, desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde e apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2012c).

Agregando ao exposto anteriormente a PNAB traz como características dos processos de trabalhos dos profissionais de saúde na AB o desenvolvimento de ações educativas e da autonomia individual e coletiva, e promover articulação intersetorial, integrando projetos e redes sociais direcionados para o desenvolvimento da atenção integral (BRASIL, 2012c).

As atividades de educação em saúde foram muito mencionadas pelos sujeitos, sobretudo pelos internos que entendem que é uma das principais responsabilidades dos enfermeiros na AB. Relatam que no cotidiano dos CSF tem sido uma prática pouco desenvolvida pelos enfermeiros. Essas atividades tem ficado mais a cargo dos acadêmicos, dos residentes em saúde da família e dos profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Ainda assim, os internos conseguem adquirir uma boa experiência com essa atividade. No início foi visto essa questão da deficiência da questão da promoção, a gente tentou melhorar essa questão da promoção. O que na maioria das vezes isso não acontece no CSF.

Dialogando com o estudo realizado por Chagas (2008b) identificou-se que o enfermeiro apresenta inabilidade para operacionalizar atividades de educação em saúde, estando o trabalho desse profissional com predomínio na fazer burocrático, voltando-se para o atendimento as diversas atividades que lhes são atribuídas além do excesso de demanda espontânea, se distanciando da educação em saúde que promova a autonomia dos sujeitos. Profissionais de outras categorias do nível superior tem se dedicado mais a estas atividades.

Outro resultado que chama atenção é a interação ainda tímida do interno com os outros profissionais da ESF, sendo pouco comentada pelos internos a realização de atividades junto aos residentes, NASF, técnicos de enfermagem, equipe de saúde bucal, ficando durante seu internato muito vinculado as ações desenvolvidas pelo enfermeiro que está acompanhando, executando as

atividades de enfermagem na saúde conforme referido anteriormente. Dessa forma, acaba que como o fazer do enfermeiro no contexto atual tem se voltado mais para ações ambulatoriais, o interno pouco vivencia ações interprofissionais, intersetoriais, incluindo a articulação com as lideranças comunitárias para promoção do controle social sobre a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

O trabalho em equipe multiprofissional, com caráter interdisciplinar é necessário para a efetivação da integração ensino-serviço, envolvendo profissionais e estudantes, auxiliando a integração das ações de saúde e atividades didático pedagógicas que acontecem no cenário e prática possibilitando a vivência de acadêmicos e profissionais de diversas categorias (SIMON, 2013).

Como nas atividades do enfermeiro na atenção básica não estão inseridas a articulação comunitária, alguns internos tem egressado da graduação sem essa experiência, o que poderá fazer com que ele reproduza em sua vida profissional ou mesmo sinta dificuldade em exercê-la. Brasil (2012c) amplia a percepção de espaços de interação entre profissional e comunidade para além da unidade de saúde e o domicílio da pessoa, considerando os vários espaços do território que devem se constituir como rede de apoio comunitário, como a escola, igrejas, associações de moradores, conselhos locais e saúde, entre outros.

*“Em relação a parte da gestão e a da participação na comunidade através das vivências dos Conselhos Locais de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde, isso ainda deixa a desejar. Eles não conseguem, por não estar tão presente na realidade, os internos vão se inserindo naquilo que já existe”.*

De acordo com Cavalheiro e Guimarães (2011), observa-se pouca participação dos alunos e da população nestas instâncias de definição das parcerias e principalmente na pactuação das ações. Considera-se relevante a presença de representantes da academia (gestores, docentes e discentes) no controle social de seu território e/ou do município, para se apropriarem do conhecimento popular e seus desejos, ajudando na formulação de seus projetos baseados nas necessidades da população.

Vale considerar que o SUS é construído com a participação ativa da população, visando tornar a assistência mais próxima das reais necessidades vividas em determinada área de abrangência. De acordo com Ignotti *et al.* (2014) essa participação é vista como ferramenta essencial à construção de políticas públicas, sendo um dos temas mais discutidos com os alunos nos encontros teóricos em um de seus estudos.

Dentre os fundamentos e as diretrizes da atenção básica definidos na PNAB pode-se aqui destacar a de ampliar a participação dos usuários para ampliar a sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e da coletividade do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde e na organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2012c).

Outra prerrogativa dessa política de saúde é que o enfermeiro deve realizar assistência integral às pessoas e as famílias na unidade básica de saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; devendo ser observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas (BRASIL, 2012c).

Nesse estudo, a experiência de prestar uma assistência de forma integral, valorizando o contexto ao qual o indivíduo está inserido e a atenção em redes de cuidado, fazem parte do cotidiano dos internos durante sua vivência. Esse cuidado muitas vezes exigiu da equipe e do interno que fosse realizado por meio de visitas domiciliares. Porém, cabe ressaltar que algumas vezes os internos não puderam ir para o território devido à falta de segurança, sendo estabelecidos pela equipe alguns critérios para a realização dessas visitas.

*(...) passamos por tiroteio enquanto a gente estava fazendo visita domiciliar.*

Para um cuidado profissional mais seguro, também cabe destacar que o município de Sobral até a época do estudo, atuava com base nos protocolos do Ministério da Saúde e nos protocolos municipais de atenção integrada à saúde da criança e da gestante e puérpera, e sem outros instrumentos que norteassem e colaborassem com esse cenário. Muitos enfermeiros acabaram caindo no comodismo de centrar sua rotina de trabalho nas consultas a demanda espontânea, além de cumprir com o cronograma de atendimento pré-natal, puericultura e prevenção de câncer de colo de útero e de mama. Nos últimos meses, com a construção de protocolos e atualização da portaria de prescrição de enfermagem, esse cenário vem se configurando em um espaço mais promissor para uma atenção de enfermagem segura e de qualidade.

As práticas de enfermagem têm se configurado mais centradas no pronto atendimento e na produção de procedimentos. Há, portanto, necessidade de revisão da prática clínica do enfermeiro, para que essa prática se constitua integral e resolutive, centrada no usuário, considerando sua singularidade e respeitando a autonomia do sujeito que necessita de cuidados.

Portanto estabelecer relações intercessoras com o usuário, necessitando incorporar, em sua caixa de ferramentas, tecnologias leves como a escuta, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, e habilidades para lidar com os altos graus de incerteza intrínseca desse trabalho faz-se necessária (MATUMOTO *et al.*, 2011).

Esta situação sofre interferência direta quando se depara durante os serviços com enfermeiros desmotivados, engessado pelo fato de executar as mesmas atividades durante anos, o que, em parte, pode se dever a falta de planejamento e organização dos processos de trabalho e insuficiência de políticas de valorização profissional, como pode se dever a inércia do enfermeiro, que mesmo diante de oportunidade de vislumbrar novos processos com vistas a melhoria inclusive do seu trabalho, resiste.

Essa percepção é reafirmada nos resultados da pesquisa de Nunes, Bottan e Silva (2011), quando afirma que os recém-graduados ao ingressarem nas instituições como profissionais, identificam enfermeiros assistenciais que atuam há um tempo considerado na função, realizando seu trabalho sem estímulos para atualizações e novas condições de desenvolvimento das habilidades práticas, bem como sem encorajamento para novas buscas, determinando a redução na qualidade do cuidado, a automação no desempenho dos profissionais, assim como o empobrecimento dos argumentos e da reflexão do ser profissional.

É necessário uma maior motivação e sensibilização dos profissionais enfermeiros que reflita em uma prática transformadora da realidade social e contribua para a consolidação do sistema de saúde voltado para as necessidades dos usuários, rompendo com uma lógica ainda tão presente em alguns serviços da AB, como demonstra o DSC a seguir:

*“O processo sofre algumas dificuldades. Você vê muitas coisas só direcionadas ao atendimento e as outras coisas são esquecidas, você vê muito o HIPERDIA só com transcrição de medicamento, você não vê aquela coisa de conversar com o hipertenso, diabético, aquele acompanhamento”.*

Segundo as DCN quando se avalia os conteúdos curriculares, estes devem contemplar os problemas mais frequentes e relevantes vivenciados pelos profissionais da atenção básica, de forma que o que se aprende na instituição de ensino superior esteja condizente com a prática profissional assegurando a resolução das necessidades de saúde da população (MARANHÃO, 2003).

Para que o aluno desenvolva e aprimore as habilidades psicomotoras e atitudinais, o aprender a aprender deve se constituir em um ambiente da prática profissional (MARANHÃO, 2003). São muitas as habilidades estipuladas pelas DCN necessárias à prática profissional do

enfermeiro, e aprendê-las e desenvolvê-las são um grande desafio tanto para os membros das instituições formadoras, quanto para o próprio aprendiz.

Junqueira (2014) tem a mesma concepção, ao declarar que mais do que estabelecer competências, que envolve três dimensões: o conhecimento, a habilidade e atitude, o grande desafio é o de torná-las condutas de rotina. E assim o que se observa em alguns ambientes de trabalho e a não realização da prática ideal do enfermeiro não oportunizando o aprendizado e por consequência o desenvolvimento dessas competências pelo interno.

Diante do exposto, percebe-se que os enfermeiros precisam incorporar mais as ações que conduzam a integralidade do cuidado à saúde se articulando melhor com a rede de apoio da saúde e da comunidade e assim certamente reverberará na formação dos internos. Para Brasil (2012c) é preciso garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde.

Nesse sentido, torna-se imprescindível ter ações de fortalecimento dessas redes de atenção, incluindo processos de educação permanente que coadunem para a integralidade e universidade da atenção.

A competência tomada de decisões no trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de decisão visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas (BRASIL, 2001). Nos discursos quando os sujeitos abordam que desenvolvem autonomia e assumem um postura profissional, nos remete a compreensão que os internos compartilham junto com o enfermeiro preceptor as decisões necessárias no cotidiano do trabalho.

Na competência comunicação, os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, nas relações com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação (BRASIL, 2001).

No DSC as formas de comunicação desenvolvidas pelos internos compreendem atividades educativas, relacionamento interpessoal com a população e com os profissionais e no preenchimento de prontuários. A apreensão destas atividades é essencial para o bom exercício da profissão.

Durante o internato, os internos tem que desenvolver alguma tecnologia para que possa agregar na organização do serviço, contribuindo com o trabalho da equipe e para que a população fique mais informada. Os enfermeiros preceptores expressam no discurso que eles sempre deixam contribuições, remetendo a ideia de alguma tecnologia da informação e comunicação.

No ambiente de trabalho da atenção básica este estudo revelou que os internos apresentam um comportamento pautado na ética, com respeito aos profissionais da instituição de ensino, aos profissionais do serviço e aos usuários do serviço. Assumem enquanto internos “responsabilidades de profissionais”, procurando colaborar com a equipe e resolver a demanda do usuário. Não foi abordado pelos sujeitos qualquer situação relacionada a falta desse princípio. Eu acho que o que mais a gente acaba aprendendo é a postura profissional.

Na liderança no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. O enfermeiro de forma específica deve reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem (BRASIL, 2001).

Os sujeitos da pesquisa percebem a posição de liderança que o enfermeiro assistencialista e gerente da unidade de saúde assumem diante da equipe, citam as ações burocráticas, alcance de metas e estar à frente da equipe como uma das atividades que tem o enfermeiro como disparador, monitorando e avaliando esses processos.

*“A gente sempre quando vai para o estágio, acompanha só o enfermeiro assistencialista, não acompanha o gerente. O período que a gente acompanhou a gerente foi muito interessante, porque a gente pensa que a gerente só está ali mandando e atribuindo coisas, mas na verdade tem muitas coisas para preencher e dar conta, tem metas. Essas questões burocráticas, essas questões de encaminhamentos, são coisas que realmente a gente aprende lá, porque só vivenciando aqueles quatro meses é que a gente consegue ter essa familiaridade. A questão do diálogo, a gente começa a ter a referência de estar à frente, tanto de uma equipe de saúde e de estar na gerência”.*

Os documentos que tratam do papel do enfermeiro traz explícito o papel em assumir uma posição de liderança no trabalho em equipe multiprofissional, o que implica compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade em comunicação e na tomada de decisão. Não há nada que limite a participação de outra categoria nessa função, entretanto, provavelmente pela formação (voltada para o cuidado e com experiências práticas de trabalho em equipe multiprofissional),

são os enfermeiros que, de fato, mais se aproximam das propostas da Estratégia Saúde da Família e, por isso, acabam assumindo a liderança (JUNQUEIRA, 2014).

Nessa função de liderança, cabe ao enfermeiro estar sempre motivado e motivar toda a sua equipe de profissionais. Para isso ele pode utilizar de diversas estratégias como a escuta qualificada, apoiar as dificuldades, organizar o serviço, compartilhar ideias para reinventar o trabalho e o serviço continuamente. Apesar de toda a relevância da motivação para o trabalho do enfermeiro, não foi evidenciado no discurso situações que denotassem este aspecto no cotidiano do trabalho.

Na habilidade do campo da administração e do gerenciamento os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (IGNOTTI *et al.*, 2014).

Diante do caráter cada vez mais administrativo que o profissional enfermeiro tem sido dirigido em sua profissão, torna-se necessário o interno vivenciar a experiência de gerenciamento de uma unidade básica de saúde, tanto pelo enfermeiro assistencialista, mas sobretudo pelo profissional gerente. É notório a satisfação dos internos em aprenderem esse universo, pois até o internato não haviam vivenciado a gerência, passando a conhecer o quanto é complexo essa função, compreendendo o preenchimento de diversos mapas e o trabalho para o alcance das metas.

Quando se fala de gerenciamento relacionado ao trabalho do enfermeiro assistencialista, observa-se que há um gerenciamento da informação através do preenchimento de documentos, entretanto não se observa uma preocupação com a administração dos recursos físicos e materiais e principalmente com a força de trabalho.

Diante disso, fica claro que os cursos de enfermagem devem contemplar a preparação dos acadêmicos para a função gerencial do enfermeiro, considerando que, juntamente com a função assistencial, aquela está muito presente e evidente no cotidiano do trabalho dos enfermeiros e que é impossível dissociar as duas coisas (IGNOTTI *et al.*, 2014). Os enfermeiros para além do atendimento direto as pessoas precisam compreender todos os processos que perpassa a ESF exercendo seu trabalho com visão gerencial.

De acordo com as DCN que orientam a formação acadêmica do enfermeiro no Brasil atualmente, em relação à gerência, os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer a

gerência da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, assim como a ser empreendedores, gestores, empregadores ou exercer liderança na equipe de saúde (IGNOTTI *et al.*, 2014).

De acordo com a PNAB o enfermeiro deve 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, do auxiliar de consultório dentário e do técnico de higiene bucal; e participar do gerenciamento dos setores para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde (BRASIL, 2012c).

Com relação ao parágrafo anterior, as ações referente ao trabalho do enfermeiro assistencialista como a coordenação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde pelo enfermeiro, supervisão das rotinas dos setores, não aparecem nas falas dos entrevistados, comprometendo o aprendizado do aluno nesse requisito. Fica claro que sem essas ações, sobretudo de educação permanente da equipe, a transformação da práxis do enfermeiro fica inviável, repercutindo diretamente sobre a saúde das pessoas que são assistidas por esse serviço.

Na educação permanente os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e agir de forma cooperativa com as futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

Como ponto crítico, torna-se evidente a necessidade de se trabalhar com a resistência, por parte de alguns trabalhadores, em viabilizar a integração ensino-assistência ou entender a inserção dos alunos na Estratégias Saúde da Família. Observa-se que alguns trabalhadores apresentam dificuldades em participar das ações que articulam o ensino e o serviço, talvez pela falta de conhecimento ou clareza quanto aos objetivos dos projetos (PIZZINATO *et al.*, 2010).

Vários fatores vão interferir para que o aluno aprenda mais ou menos, que resultará na qualidade de seu desempenho final. Entretanto, os sujeitos assumem que dentre estes, o principal é o inerente ao aluno, a sua força de vontade em querer conhecer, aprender e de fato buscar oportunidade para fazer. Atualmente é exigido dentro do ambiente da IES e do serviço uma postura pró-ativa do discente, principalmente se for um interno, diante da sua formação. Não se

admite mais o aluno possuir no ambiente de aprendizagem um comportamento de não interação com os profissionais, com a população e com os processos relacionados a sua vivência. Dependendo da força de vontade do aluno, quando tem um mês, ele já está conseguindo desenvolver as habilidades.

Nas condições de aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos na construção e na reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador igualmente sujeito ao processo (IGNOTTI *et al*, 2014).

O aluno é o maior responsável pelo seu aprendizado, que inclui a organização de seu tempo e a busca de oportunidades para aprender. Deve ter como aliado ao seu processo formativo e profissional a cultura investigativa de modo que está sempre retroalimentando sua prática (MARANHÃO, 2003).

A vivência do internato é esperada por todos os alunos e envolve muitas emoções e sentimentos, por corresponder à finalização de um ciclo acadêmico. O aluno inicia o internato com grande alegria e satisfação, devido às etapas vencidas até aquele momento e por sentir-se, no papel do interno, como um enfermeiro em formação apto a enfrentar o mercado de trabalho.

Sob o olhar dos alunos, o internato é considerado uma experiência profissional indispensável na graduação, por permitir vivenciar a realidade dos serviços de saúde e, com isso, o desenvolvimento da autonomia na tomada de decisões, o autoconhecimento, a confiança, a responsabilidade, o trabalho em equipe, a liderança, a comunicação, o planejamento, a visão crítica da realidade e o gerenciamento do cuidado, contribuindo ricamente para a formação do enfermeiro.

*“Eu acho que consegui atingir os meus objetivos. Saio daqui empolgado do fazer do enfermeiro na atenção básica, apto a assumir qualquer unidade de PSF”.*

O internato marca um tempo de transição e de passagem do papel de estudante para o de enfermeiro. O interno experimenta o exercício profissional, que certamente agrega transformações nas dimensões do saber, do saber-fazer, do saber-ser e do saber-conviver, conduzindo ao desenvolvimento progressivo da independência e segurança, que são itens fundamentais para a futura atuação profissional (GARCIA e VANNUCHI, 2013). Nesse estudo ficou evidente que os alunos quando na condição de internos passam a ser reconhecidos pelos

profissionais e comunidade como profissional, colaborando na motivação do aluno que torna cada vez mais comprometido com a sua formação e com o serviço.

No momento em que se completam mais de uma década de aprovação das DCN/ENF, as modificações ainda são lentas no que diz respeito à formação em saúde. Sabe-se que se constitui de grande desafio o processo de formação integral na saúde por requerer a incorporação de princípios de dimensão ética, filosófica, técnica, social, política, econômica e cultural, mediante uma lógica social e democrática que envolve pensamentos e valores de pessoas que se situam como agentes transformadores ou resistentes à democratização da sociedade (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Portanto, atualmente espera-se de um bom enfermeiro, que desenvolva no trabalho uma postura humana, seja capacitado tecnicamente, implicado com a mudança da realidade social, saiba mediar conflitos, trabalhar em equipe, ser criativo, aberto para novas mudanças na organização do serviço e em busca de se atualizar permanentemente. Acreditamos que nos encontramos no caminho do que preconiza as DCN e a PNAB, entretanto, com necessidade de darmos um salto qualitativo.

Ao longo do estudo percebemos que embora se tenha alcançado avanços na formação do enfermeiro condizente com as DCN para a concretização do SUS, observa-se que para o desenvolvimento das competências durante o internato de enfermagem na AB é necessário ampliar os esforços visando o seu aprimoramento, o que requer considerar estratégias sugeridas pelos envolvidos na formação.

Alguns aspectos do internato não foram possíveis avaliar, tanto pela ausência desse conteúdo no discurso ou de lacunas inerentes ao itinerário metodológico.

## **5.6 Estratégias para Aperfeiçoar o Internato de Enfermagem na AB: Contribuição deste Estudo**

No decorrer dessa pesquisa, foi demonstrado que diante de alguns encontros, existem também alguns desencontros para a boa formação do profissional enfermeiro, sendo sugerido pelos sujeitos desta pesquisa algumas estratégias para o alcance de melhores resultados.

Assim, os enfermeiros preceptores desejam que seja instituído de forma mais sistemática encontros para promover uma comunicação mais efetiva entre todos que fazem o

internato. Este espaço colegiado permite maiores trocas, apresentação e discussão sobre o Manual do Internato na AB, a avaliação do aluno, entre outros. Estes encontros são vetores necessários para repensar o processo e discutir as necessidades de ensino-aprendizagem, considerando as potencialidades e fragilidades que impactam na formação do aluno.

*“Poderia estar fazendo encontros sistemáticos, onde teria o feedback dos alunos fazendo a avaliação de campo, avaliação do preceptor, uma avaliação das estratégias de educação que eles estão tendo no campo. A gente não tem uma capacitação. Seria ótimo se a gente recebesse uma capacitação prévia, antes deles iniciarem. Ter um momento entre a coordenação do curso e os enfermeiros preceptores ou receber o manual previamente com as orientações para nortear mais o preceptor. Precisamos saber durante o período que eles ficaram na unidade básica, o que faltou eles vivenciam no dia-a-dia, dentro do que eles vinham trazendo do saber deles, saber o período que eles ficarão aqui, a carga horária, se vai ter que pagar se faltar, se a gente tem que estar cobrando ou não”.*

O conjunto de dificuldades sugerem que a prática pedagógica, nos serviços do SUS, pressupõe o encontro de diferentes atores (gestores, profissionais, população, docentes, discentes) para que a proposta seja construída coletivamente, a fim de atender diferentes necessidades e demandas da academia e serviço (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Quando a interação entre os envolvidos acontece, ela é positiva para o aprimoramento do processo do internato de enfermagem, se constituindo com relações dialógicas, enriquecidas pelas experiências e opiniões dos internos, docentes, preceptores do serviço e das IES. O planejamento e avaliação do internato de enfermagem na AB são momentos potenciais para a concretização dessa interação.

Os encontros de planejamento e avaliação entre as IES e a SMS têm como objetivo contribuir para o fortalecimento da Integração Ensino-Serviço. Com o envolvimento de representantes das IES, da SMS e da comunidade os debates fornecem subsídios para operacionalização das mudanças necessárias, contribuindo para transformar a organização dos serviços e os processos formativos. Nestes encontros, busca-se: identificar fatores positivos que facilitam as ações de integração ensino--serviço na perspectiva de diferentes atores (IES, serviço e comunidade); identificar obstáculos que dificultam a articulação ensino-serviço, e apontar estratégias para superação das dificuldades, o aprimoramento e o fortalecimento da parceria ensino-serviço. As oficinas pressupõem relações horizontais e democráticas das discussões (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Garcia e Vannuchi (2013) referem algumas propostas para superação deste problema como a sensibilização do gestor; parcerias formais, através de convênios entre academia e

serviço, que definam papéis e responsabilidades das partes; negociação permanente; implantação de gratificação de ensino para profissionais, entre outras.

Os participantes consensuam que o GT de Integração Ensino-Serviço precisa disparar mais esses momentos entre as IES e o serviço, para discutir conteúdos pedagógicas promovendo um maior alinhamento das questões que permeiam todo o processo de formação do enfermeiro na AB. Desejam espaços que se constituam em momentos de reflexão, discussão, planejamento e avaliação das ações realizadas com vistas a melhoria do processo de ensino-aprendizagem.

*“Essa coordenação ela é chave. Eu acho que essa coordenação deve ser mais atuante, pois é ela que tem que deflagrar isso, que tem que tencionar, discutir isso interinstitucionalmente. Qual é o perfil requerido pelo SUS para o enfermeiro que vai atuar na atenção básica? Não é cada curso pensar no seu perfil. Desenvolver principalmente nos enfermeiros que estão como preceptores, que eles possam ser mais colaborativos. Tudo isso nos aponta para que nós possamos alinhar o que tem no roteiro de avaliação as nossas atividades diárias e que possamos fazer uma avaliação mais rigorosa já que às vezes damos a nota máxima sem o aluno merecer”.*

Em um estudo realizado por Cavalheiros e Guimarães (2011) foram apontados como desafios: necessidade de melhorar a comunicação entre UBS e a universidade; a necessidade das IES de compreender que os serviços produzem conhecimento e de que a parceria com a universidade qualifica esta produção; a importância de ampliar o debate sobre o SUS, envolvendo diretores de curso, docentes, estudantes, profissionais da equipe de saúde, de forma a qualificar a implementação das mudanças curriculares; participação do serviço, de modo mais sistemático, no processo de implantação, deliberação e acompanhamento dos projetos desenvolvidos nas unidades de saúde, como reformas, compra de material e atividades; dimensionar o número de estudantes dentro dos serviços e manter articulação cotidiana para gerenciar as necessidades do serviço e do ensino.

Outra solicitação dos sujeitos é a relevância do preceptor da IES/docente, principalmente no início do internato, colaborando na inserção dos alunos com a equipe da ESF. Esse acompanhamento também se faz necessário no apoiar pedagógico quando os alunos tem dúvida e para acompanhar o desenvolvimento de competências do interno. E para os enfermeiros a presença deste profissional significa divisão da responsabilidade na formação durante o internato na AB.

*“Outra estratégia educacional seria aumentar esse acompanhamento da universidade para esses acadêmicos que estão inseridos, pelo menos no momento inicial e final, porque às vezes o profissional ele tem muito conhecimento, mas não sabe como te repassar. Eu acho a questão do preceptor da IES muito importante para não ficar só na responsabilidade da gente. Não seja uma coisa largada. Não a questão deles ficarem nos territórios, ficar na vigilância, se faltou, chegou atrasado ou saiu mais cedo, que tivesse tipo um protocolo: a competência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. O que o enfermeiro faz no PSF? Que fosse olhar o que você fez hoje, o que está precisando*

*fazer, quais as dificuldades. Ai você ia cumprindo, como se fosse por etapas. A pessoa ia tendo mais dedicação e seria mais efetivo. Os alunos entram no internato e acaba que nós docentes temos um primeiro contato quando eles entram e vamos ter contatos pontuais na apresentação de relatos de experiência, apresentação de estudo de casos e durante visitas a campo”.*

Percebe-se que os sujeitos acreditam que o preceptor das IES é peça fundamental na articulação entre teoria e prática, ensino e serviço, direcionando o aluno para o desenvolvimento das competências do enfermeiro. A aproximação do enfermeiro aos profissionais da IES também corrobora para que cada vez mais diminua a distância entre a necessidade da população, o que se ensina e a prática nos serviços de saúde.

Embora este acompanhamento aos campos de prática ocorram em diferentes intensidade pelas IES, ainda assim estes profissionais precisam ampliar o cuidado com formação do aluno neste cenário, estreitando mais a relação com os internos e com os enfermeiros do serviço. Fortalecendo a responsabilidade pedagógica com a formação do profissional enfermeiro.

A chegada dos internos nos serviços tem se tornado cada vez mais esperada pelos profissionais, em especial pelos os enfermeiros, dada a tamanha contribuição ao serviços que eles oferecem. Com isso, no discurso, os enfermeiros declaram que como geralmente estão envolvidos em várias atividades, acreditam e desejam que os internos podem cada vez mais colaborar com as atividades de educação em saúde.

*“O internato deveria ser uma via de mão dupla. Não só o aluno aprender, mas também a população ganhar. Eles poderiam fazer alguma atividade, pelo fato de nós profissionais estarmos superlotados na assistência e não conseguimos fazer ações de promoção da saúde”.*

Diante do discurso, percebemos que alguns enfermeiros fortalecem essa prática, por acreditar que por terem uma demanda de atendimento muito grande, os estudantes e outros profissionais é que devem disparar estas ações de educação em saúde, o que contradiz com o preconizado, já que a educação em saúde é estratégia potente de promoção da saúde, inclusive nos processos de trabalho do enfermeiro. A proposta é justamente o inverso, uma vez que ao trabalhar educação em saúde, teremos pessoas buscando pela manutenção de sua saúde, bem como pessoas colaborando para a organização do serviço com diminuição de pessoas na demanda espontânea.

Para que a contribuição ao serviço e a sua formação seja maior, os internos solicitam uma intervenção em relação a farmacologia, pois na vivência prática convivem com a prescrição/transcrição de medicamentos e que constatam que não detém conhecimento suficiente sobre os fármacos, gerando um sentimento de insegurança. Solicitam que as IES pensem em momentos para os capacitar melhor sobre esse tema.

*“Em relação a farmacologia na faculdade foi dada muito por cima. Poderia ter um reforço na farmacologia, porque você tem ideia daquelas medicações, mas não tem ideia de como utilizar”.*

A análise permitiu identificar ainda que os enfermeiros consideram o seu potencial em colaborar com a formação dos internos, mas que gostariam de receber em contrapartida um maior reconhecimento através de um certificado e capacitações para que possam aperfeiçoar a preceptoria a esses alunos e agregar um maior valor ao seu currículo.

*“Eu concluo que deveria ter incentivo da IES, porque a gente trabalha no Sistema de Saúde de Sobral, a gente ajuda, sendo que eu acompanho internos desde dois mil e treze, e até hoje não vi a cor desse certificado que ajuda no nosso currículo. Na estratégia educacional e pedagógica de colaborar com o desenvolvimento do Sistema de Saúde, precisamos trazer novas ações, novas tecnologias, novos diálogos, para que os profissionais de campo do município, das instituições, eles também consigam crescer com ao aluno. Tem ainda a questão da remuneração dos enfermeiros”.*

A dedicação do enfermeiro para o resultado da formação em serviço é importante, pois o desenvolvimento do internato de enfermagem na AB pode interferir positivamente ou negativamente a depender de como ele ocorreu, o que implicará na escolha da área a qual o aluno decidirá exercer a sua profissão. Observa-se nas falas propostas exequíveis para uma melhor qualificação e motivação do enfermeiro no exercício da preceptoria.

Investir na formação dos docentes e preceptores para a sua preparação e emancipação profissional o tornará mais crítico e reflexivo, contemplando um estilo de ensino pautado na aprendizagem significativa. Estes profissionais precisam muitas vezes se apropriarem das metodologias mais adequadas para a aprendizagem. Uma metodologia que dê conta de despertar no aluno um ser crítico, reflexivo, ético, que produza sujeitos comprometidos com a transformação da realidade social.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contextualização do aprendizado foi identificada de forma positiva, sendo enfatizada a união da teoria com a prática, ou seja, a práxis do internato, favorecendo o desenvolvimento de profissionais críticos e reflexivos. Observa-se coerência entre o que está sendo ensinado na graduação pelos docentes e o que os internos estão vivenciando na prática com os enfermeiros. Há a compreensão entre os entrevistados de que essa relação deve se dar desde o início do curso, e as duas escolas tem construídos suas práticas nessa direção, embora em um dos currículo a carga horária da vivência prática na AB nos três primeiros semestres de um curso se destaque em relação a outra.

Considerando o que as DCN anunciam quanto ao perfil e competências requerido aos profissionais da saúde, e em especial do enfermeiro, observa-se nesse estudo que durante o internato de enfermagem na AB os alunos tem oportunidade de aprenderem o fazer do enfermeiro, incluindo consultas de enfermagem, alguns procedimentos de enfermagem, visitas domiciliares, gerenciamento de uma unidade de saúde, postura profissional, trabalho em equipe, atividades essenciais que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro da AB.

Os internos durante o internato tem contribuído com as atividades de educação em saúde, já que os enfermeiros por não priorizarem essas atividades, em detrimentos aos atendimentos ambulatoriais, orientam os internos para fazerem e assim tentar suprir a necessidade do serviço.

Nessa perspectiva para que se possa ter profissionais enfermeiros com perfil adequado ao preconizado pelas DCN, os profissionais enfermeiros precisam adequar os seus processos de trabalho ao que orienta esta diretriz, isso significa dizer que não podem centrar seu trabalho em consultas a demanda espontânea. Os internos durante o internato de enfermagem precisam ter a oportunidade de desenvolver todas as competências inerentes ao enfermeiro da AB.

Assim, como desafio a ser superado, percebeu-se que os internos durante sua permanência no CSF, basicamente acompanham as atividades do enfermeiro, se inserindo nas atividades que já estão sendo executadas por estes, e como os enfermeiros não têm se apropriado de coordenar os setores da unidade e de sua equipe, tensionar processos de educação permanente com os ACS e técnicos de enfermagem, a não aproximação aos espaços de controle social, os internos por consequência egressam do curso com fragilidade ou sem essa vivência.

Recomenda-se também que os docentes analisem o ensino as deficiências do conhecimento da farmacologia e quanto ao manejo de doenças que não se configuram nos programas ministeriais, as quais foram consideradas insuficientes pelos internos, com vistas a construir estratégias para suprir tal necessidade. Embora o trabalho do enfermeiro tenha um grande enfoque sobre os programas do Ministério da Saúde e que a prescrição de medicamento é restrita, é exigido do enfermeiro conhecimento suficiente das patologias para a coordenação do cuidado as pessoas.

No critério avaliação, há a sugestão que o instrumento que o preceptor do serviço utiliza para avaliar os internos deveria ser padronizado para as duas IES, já que os profissionais do serviço e as competências a serem desenvolvidas são comuns as duas IES. Sugerimos a elaboração de um sistema de informação que gere dados, inclusive do instrumento de avaliação do internato de enfermagem, e que estes possam ser analisados quantiquantitativamente ao final do internato, para a compreensão da capacidade instalada de cada CSF, do desenvolvimento de competências dos internos, docentes e preceptores e da relação entre o ensino e o serviço.

A política de formação das duas escolas vem se pautando pelos valores das DCN, vislumbrando a consolidação do SUS. Dentre as várias estratégias acredita-se que o caminho seja fortalecer a integração ensino-serviço mediado pelo GT Integração Ensino-Serviço. Os entrevistados percebem que o processo do internato precisa de aperfeiçoamento e apontam algumas alternativas, dentre as quais está do GT organizar encontros sistemáticos para que todos possam discutir e construir melhores estratégias no processo ensino-aprendizagem, bem como das IES se reunirem com os enfermeiros do serviço no início do internato para dialogarem sobre o internato, mantendo um feedback constante até o término do internato.

Acreditamos que se todos os sujeitos envolvidos atuarem de forma mais planejada e articulada entre si, alcançaremos e encontraremos potencialidades para a formação condizente com as DNC e com a PNAB. Espera-se assim que cada membro seja conhecedor da realidade do outro e compartilhem dos desejos, das dificuldades e dos avanços.

Dentro do contexto das potencialidades, o enfermeiro preceptor reconhece seu papel fundamental nessa formação, bem como fatores que agregando conhecimento ao seu processo de trabalho e ao seu currículo. O enfermeiro é inserido nesse processo de formação sem orientação e capacitação para o exercício de tal função. Então a IES deve apoiar esse profissional nas dificuldades, oferecendo apoio pedagógico e estímulo a novos cursos para qualificação profissional.

Os internos ressaltam a colaboração dos docentes, preceptores da IES e do serviço na formação deles. Dessa maneira, visualiza-se a necessidade de um maior incentivo dos governos estaduais e federais para ampliar o número de docentes e garantir o efetivo acompanhamento durante todo o internato de enfermagem na AB.

Com uma relação intimamente relacionada a esse resultado, temos um fator inerente a cada aluno, é o interesse em buscar aprender, se desenvolver, assumir uma postura pró-ativa. Dessa maneira, quanto mais o aluno tiver atitude e buscar por novos conhecimentos e habilidades, certamente mais aprenderá e se destacará no mercado de trabalho.

Nos momentos teóricos noturno a discussão deve ser disparada pelas demandas trazidas pelos internos através de metodologia ativas como o estudo de casos, entre outros métodos. Esses momentos devem problematizar a sua vivência, culminando em um amadurecimento profissional com implicação sobre a sua prática.

Como resultado desse espaço de ensino-aprendizagem, o CSF se constitui como cenário para o desenvolvimento das competências do profissional enfermeiro, gerando o sentimento de confiança e segurança do aluno caso venham a atuar na AB quando se graduar em enfermagem, desvelando a sua identificação do ser enfermeiro.

Como de toda pesquisa se espera um retorno, aguardamos que esse estudo seja apoderado pelos docentes, enfermeiros do serviço, estudantes de enfermagem, GT e gestão municipal de saúde para que sejam feitas reflexões e as sugestões que forem cabíveis e viáveis sejam efetivadas. Desejamos ainda que esta pesquisa seja mola propulsora para novas pesquisas, complementando os resultados desta.

## REFERÊNCIAS

ABEM, Associação Brasileira de Educação Médica. **Cadernos da ABEM: O preceptor por ele mesmo**. v. 9. Rio de Janeiro, 2013.

ALARCÃO, Isabel. **Escola reflexiva e nova racionalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ALBUQUERQUE, Verônica santos; GOMES, Andréia Patrícia; REZENDE, Carlos Henrique Alves de; SAMPAIO, Marcelo Xavier; DIAS, Orlene Veloso; LUGARINHO, Regina Maria. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 30 abr 2015.

ALMEIDA, M; FEUERWERKER, L; LLANOS, M. **A educação dos profissionais da saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 2 vol. 1999.

ALMEIDA, Janaina de. **Habilidades e competências do enfermeiro no gerenciamento dos serviços na atenção primária à saúde**. Bom Despacho-Minas Gerais. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4559.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2015.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; JÚNIOR, Tomaz Martins; AMARAL, Maria Inês de Vasconcelos; PARREIRAS, Patrícia da Conceição. **Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a Tenda Investida e a educação permanente no SUS**. In: SANARE, Revista de Políticas Públicas. Ano v. n. 1. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004.

BAIS, Dulce Dirclair Huf. **Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, formação acadêmica e atuação profissional do enfermeiro: aproximações e distanciamentos**. Tese (Doutorado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009. Disponível em: [http://www.ppge.ufpr.br/teses/D09\\_bais1.pdf](http://www.ppge.ufpr.br/teses/D09_bais1.pdf)>. Acesso em: 01 jun 2013.

BATISTA, Rodrigo Siqueira *et al.* **Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio?** Ciência & Saúde Coletiva, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/17.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

BENITO, Gladys Amelia Vélez. *et al.* **Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado**. Rev. BrasEnferm, Brasília, 2012 jan-fev. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/25.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

BOUSSO, Regina Szyllit. *et al.* **ESTÁGIO CURRICULAR EM ENFERMAGEM: TRANSIÇÃO DE IDENTIDADES**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 2, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a13.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **7ª Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 1980. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_anais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7_conferencia_nacional_saude_anais.pdf). Acesso em: 13 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Recursos Humanos, Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos Para a Saúde: Relatório Final**. Brasília 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf\\_rh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf). Acesso em: 17 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Presidência da República. Casa Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 22 jan 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>. Acesso em: 13 mar 2014.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Resolução CNE/CES n3, de 7 de novembro de 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rel\\_final\\_12CNS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rel_final_12CNS.pdf). Acesso em: 13 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Orientações para o curso**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde /Ministério da Saúde, Ministério da Educação**. – Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro\\_saude\\_cgtes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf). Acesso em: 05 abr. 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_entra\\_na\\_roda.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf). Acesso em: 03 mar 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei Nº 11. 788 de setembro de 2008**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm). Acesso em: 14 fev 2014.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009a. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf)>. Acesso em: 06 abr 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_, Ministério do Trabalho e Emprego. **Cartilha esclarecedora sobre a lei do estágio: lei nº 11.788/2008**. 2010. Disponível em: <http://www.rosana.unesp.br/Home/legislacao4965/121.-cartilha-ministerio-do-trabalho-e-emprego---lei-do-estagio.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: **SGETS: políticas e ações** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [http://www.saude.es.gov.br/download/SGETS\\_Politicas\\_e\\_Acoes.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/SGETS_Politicas_e_Acoes.pdf). Acesso em: 09 jan. 2014.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.v.09**. 1ªed. Brasília: CONASS, 2011b. Disponível em:[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.9.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf). Acesso em: 08 jan.2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf). Acesso em: 13 mar 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Análise sobre a expansão das universidades federais 2003 a 2012**. Brasília. 2012b. Disponível em: [http://www.academia.edu/4739898/Analise\\_sobre\\_a\\_Expansao\\_das\\_Universidades\\_Federais\\_2003\\_a\\_2012](http://www.academia.edu/4739898/Analise_sobre_a_Expansao_das_Universidades_Federais_2003_a_2012) . Acesso em: 08 maio 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, 2012d. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. Acesso em: 28 jun 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Cobertura ESF no Brasil em 2013a**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php). Acesso em: 08 maio 2014.

\_\_\_\_\_, **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. CONASS: Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2016%20-%202013%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Popular%20em%20Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **VERSUS**. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus/versus-1/apresentacao>. Acesso em: 16 ago 2014.

BURIOLLA, Marta A. F. **O Estágio Supervisionado**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAVALHEIRO, Maria Teresa Pereira; GUIMARÃES, Alóide Ladeia. **Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço**. Caderno FNEPAS. Vol. 1. dez. 2011 Disponível em: [http://fnepas.org.br/artigos\\_caderno/v11/artigo2\\_formacao\\_para\\_sus.pdf](http://fnepas.org.br/artigos_caderno/v11/artigo2_formacao_para_sus.pdf). Acesso em: 11 de maio de 2015.

CHAGAS, Maristela Inês Osawa. *et al.* **Curso de Enfermagem da UVA: avaliação segundo percepção discente e a resposta institucional**. In: Educação na Saúde. SANARE. v.7, n.2, jun/dez 2008a.

CHAGAS, Maristela Inês Osawa. **Educação em saúde nos cenários de ensino-aprendizagem: representações de docentes e discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú**. Tese do programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2008b.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. **Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?** Interface (Botucatu) v.12 n.24 Botucatu jan./mar. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100010>. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100010)>. Acesso em: 19 mar. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 500, de 12 de fevereiro de 2015**. Disponível em:< [http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/docs/Reso\\_500.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/Reso_500.pdf)>. Acesso em: 08 ago. 2015.

COSTA, Lauriana Medeiros; GERMANO, Raimunda Medeiros. **Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem**: revisitando a história. Rev. bras. enferm. v.60 n.6 Brasília Nov./Dec. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600016>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000600016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000600016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 08 mar. 2014.

DIAS, M. S. *et al.* **A Secretaria de Saúde de Sobral**: construindo um sistema aprendente. Revista Sustentação, n.19, abr./jul. 2007.

DUARTE, S. J. H; MAMEDE, M. V; ANDRADE, S. M. O. **Opções teórico metodológicas em pesquisas qualitativas**: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. Saúde soc. v.18 n.4 São Paulo out./dez. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400006>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902009000400006&lng=pt&nr=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902009000400006&lng=pt&nr=iso)>. Acesso em: 21 fev.2014.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia; NÓBREGA, LÍBNE Lidianne da Rocha e; SALES, Linda Katia Oliveira; SILVA, Danielle Gomes da Rocha; XAVIER, Maria Suely Mesquita. **Preceptoría em enfermagem numa instituição privada de ensino superior, Mossoró-RN**: relato de experiência sobre processo ensino-aprendizagem. 2009. Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/01972.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01972.pdf). Acesso em: 12 jul. 2015.

FERREIRA, Heliane Moura. **Ensinar e aprender ética na graduação em enfermagem**: da conduta latente à manifesta. São Paulo, 2004. (Tese Doutorado) Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, Bruno J. B.; RICAS, Janete; TURATO, Egberto R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde**: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. v. 24, n. 1, Rio de Janeiro, jan, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**: teoria e prática da liberdade: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

\_\_\_\_\_, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 47 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avacom.html>>. Acesso em: 04 abr. 2014.

GARCIA, Simone Domingues; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira. **A trajetória do internato de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: análise documental**. Rev. Enferm UFPE on line. Recife, jan., 2013. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3680/pdf\\_1942](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3680/pdf_1942)>. Acesso em: 03 mar. 2014.

GARCIA, Simone Domingues; IGNOTTI, Beatriz Silva; CICILIATO, Carolina Zandonadi; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira. **Internato de enfermagem: o significado para os internos de uma universidade pública**. Rev. enferm UERJ, Rio de Janeiro. mar/abr. 2014.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W e GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com textos, imagem e som: um manual prático**. Tradução Pedrinho A. Guareschi. cap. 3. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. São Paulo: Atlas, 2008.

IGNOTTI, Beatriz Silva; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; GARCIA, Simone Domingues; SIMÕES, Thayane Roberto. **Estruturação do internato de enfermagem na percepção dos internos**. Revista Brasileira de Educação Médica, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/05.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2015.

INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA. **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem**. Sobral, 2012.

INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA. **Manual de estágios supervisionados e vivências práticas do curso de enfermagem**. Sobral. 2014.

ITO, Elaine Emi; TAKAHASHI, Regina Toshie. **Percepções dos enfermeiros de campo sobre o estágio curricular da graduação de enfermagem realizados em sua unidade de trabalho**. RevEscEnferm USP 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/STI/Documents/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20para%20qualifica%C3%A7%C3%A3o/a15v39n1.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

JUNQUEIRA, Simone Rennó. **Competências profissionais na Estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe**. Módulo político gestor. UNA-SUS. UNIFESP. 2014. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/.../Unidade\\_9.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_9.pdf)>. Acesso em: 12 de maio de 2015.

KIKUCHI, Edite Mitie. **Vivenciando o mundo da avaliação em um currículo integrado de enfermagem: uma abordagem à luz de Heidegger**. Tese de doutorado em enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009.

LANDIM, Simone Alves; Gilberto, Tadeu Reis da Silva; Nildo Alves Batista. **A vivência clínica na formação do enfermeiro**. Rev. bras. enferm. v. 64 n.3 Brasília Maio/Jun 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300021>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300021)>. Acesso em: 02 jun.2013.

LEFÈVRE F, LEFEVRE AMC, Marques, MCC. **Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização**. Ciênc.Saúde Coletiva, 2009.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Pesquisa de Representação Social**. Brasília: Liberlivro, 2010.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

LIMA, Valéria Vernaschi. **Competência**: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais da saúde. Interface -Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, mar/ago. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n17/v9n17a12.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

LIMA, Noraney Alves. **A Tutoria como Dispositivo de Educação Permanente no Sistema Saúde Escola de Sobral-CE**. Dissertação Mestrado Profissional em Saúde da Família-UVA. Sobral, 2014.

MARANHÃO, Efrem de Aguiar. **A Construção Coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde**: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida, 2003.

MARCONDES, E; GONÇALVES, E. L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

MATUMOTO, Silvia; FORTUNA, Cinira Magali; KAWATA, Lauren Suemi; MISHIMA, Silvana Martins; PEREIRA, Maria José Bistafa. **A prática clínica do enfermeiro na atenção básica**: um processo em construção. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Jan-fev. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100017&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100017&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 02 jul. 2015.

MCNAUGHT C, Lam, P. **Using wordle as a supplementary research tool**. The Qualitative Report; 2010.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. revisada e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISSAKA, Herbert; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. **A Preceptoría na Formação Médica**: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. Revista

brasileira de educação médica. 2011. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

NUNES, Dulce Maria; BOTTAN, Gabriela; SILVA, Laura Bianchi e. **Manifestações de egressos de um curso de enfermagem**. In: Revista Mineira de Enfermagem. jan./mar., 2011. Disponível em: <  
[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4e1dbbb6670cc.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e1dbbb6670cc.pdf). Acesso em: 10 jul. 2015.

OLIVEIRA, Cassandra Soares; BARREIRA, Ieda de Alencar. **A2 Guerra Mundial e o retorno das enfermeiras americanas no Brasil**. Esc. Anna Nery Rev de Enf. Rio de Janeiro v.4 n.2/3 agosto 2000. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127718323008>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

PAGANI, Rosani; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE**. Saúde Soc. v.21 supl.1. São Paulo, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500008>. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500008)>. Acesso em: 10 abr. 2104.

PASSOS, Camila Mendes dos. **O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas**. Dissertação do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <  
[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4dca78ff63bc4.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4dca78ff63bc4.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2015.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999. Disponível em:  
<<https://docs.google.com/file/d/0B7BHF4Z58xUnOThjYTcwZDktNjI3Zi00MGIZLWIXZjEtYTIkYzFIYWl4MjZl/edit?pli=1>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

PERRENOUD, Philippe. **Construindo competências**. 2000. Disponível em:  
[http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2000/2000\\_31.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_31.html). Acesso em: 05 set. 2015.

PERRENOUD, Philippe. **Avaliação da Excelência à Regulação das Aprendizagens – entre duas lógicas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2002.

PINTO, Vicente de Paulo Teixeira *et al.* **Análise do processo de educação permanente para profissionais do SUS: a experiência de Sobral-CE**. In: Educação na Saúde. Sobral: SANARE. v.7, n.2, jul/dez. 2008.

PINTO, Anna Carolina Martins *et al.* **Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**. Ciênc. saúde

coletiva vol.18 n.8 Rio de Janeiro Aug. 2013 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800004>. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001600004](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001600004). Acesso em: 16 ago 2014.

PIZZINATO, Adolfo *et al.* **A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS.** Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1, supl 2), 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a25v36n1s2.pdf>. Acesso em: 11 maio 2015.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRADO, Rosane Aparecida do; PRADO, Marta Lenise do; REIBNITZ, Kenya Schimdt. **Desvelando o significado da avaliação no ensino por competência para enfermeiros educadores.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jan/mar. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a13.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a13.pdf)>. Acesso em: 04 maio 2015.

PRADO, Ticiane. **De olho em Sobral:** cidade atrai atenção e torna a demanda por imóveis maior que a oferta. 2012. Disponível em: <<http://www.secovi-ce.com.br/index.php/noticias/798-de-olho-em-sobral-cidade-atrai-atencao-e-torna-a-demanda-por-imoveis-maior-que-a-oferta.html>>. Acesso em: 10 abr 2014.

REZENDE, Mônica de. **A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde.** Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ROCHA, Francisca Alanny Araújo. **Colaboração interprofissional entre docentes de ensino superior e profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família em Juazeiro do Norte:** estudo de caso. Dissertação de Mestrado Acadêmico em saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Sobral, 2013.

RODACOSKI, Giseli Cipriano; COELHO, Izabel Cristina Meister Martins; ALMEIDA, Márcio José de. **Sistema Municipal Saúde- Escola como Estratégia de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:** relato de caso. Rev. Espaço para a saúde. Londrina. v.14.n. 1 e 2. dez. 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/STI/Downloads/17404-71751-1-PB.pdf>>. Acesso em: 14 jul 2014.

RODRIGUES, Lília Marques Simões; TAVARES, Cláudia Mara de Melo. **Estágio Supervisionado de enfermagem na Atenção Básica:** o planejamento dialógico como

dispositivo do processo ensino-aprendizagem. Rev. RENE. 2012a. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027984012>>. Acesso em: 14 fev 2014.

RODRIGUES, Ana Maria Maia. **A preceptoría em campo de prática a formação do enfermeiro em universidades de Fortaleza-Ceará**. Dissertação do Programa de Pós-Graduação em cuidados clínicos em enfermagem e saúde. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2012b. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/ANA%20MARIA%20MAIA%20RODRIGUES.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

RODRIGUES, Ana Maria Maia *et al.* **Projetos políticos pedagógicos e sua interface com as diretrizes curriculares nacionais de enfermagem**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jan/mar;15(1):182-90. doi: 10.5216. ISSN: 1518-1944. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n1/pdf/v15n1a21.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a21.pdf)>. Acesso em: 09 dez 2014.

ROSSONI, Eloá; LAMPERT, Jadete. **Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares**. Boletim da saúde. Porto Alegre. v.18. n 1. jan./jun. 2004. Disponível em: <[http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1\\_09forma%C3%A7%C3%A3oprof.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_09forma%C3%A7%C3%A3oprof.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2014.

RUTHES, R. M; CUNHA, Icko. **Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão por competência**. Ver. GauchaEnferm, Porto Alegre (RS) dez, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/3154/1727>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

SANTOS, Maria Aparecida Modesto dos. **Concepção pedagógica do estágio supervisionado: o olhar dos docentes** / Maria Aparecida Modesto dos Santos. São Bernardo do Campo, 2006. Disponível em: <[http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=412](http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=412)>. Acesso em: 09 mar. 2014.

SAYD, Jane Dutra; JUNIOR, Luiz Vieira; VELANDIA, Israel Cruz. **Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)**. PHYSIS. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/08.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2014.

SEMIM, Gabriela Maschio; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello; CORRÊA, Adriana Kátia. **Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão do estudante de enfermagem**. Ver. Gaúcha Enf. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9210/6969>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

SERIANO, Kajena Nascimento; Vivianne Ramos da Cunha Muniz; Maria Ester Ibiapina Mendes de Carvalho. **Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde**. Fisioter. Pesqui. v.20 n.3 São Paulo, jul/set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502013000300009>.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502013000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000300009)>. Acesso em: 29 dez 2013.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23<sup>a</sup> ed. Revisada e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, C.C; EGRY, E.Y. **Constituição de competências para intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem**. EscEnferm. USP,2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/02.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

SILVA, Antônio Fernando Lyra da. **Extensão universitária na UFF: uma análise crítica no campo da saúde com foco na formação**. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ, 2012.

SILVA, Rosiele Pinho Gonzaga da; RODRIGUES, Rosa Maria. **Sistema Único de Saúde e a graduação em enfermagem no Paraná**. Rev. Bras. Enferm.,jan-fev, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a11.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

SIMON, Gabriela. **Políticas indutoras de reorientação da formação profissional em saúde: influência na prática de profissionais em unidades básicas de saúde**. Florianópolis. TCC do Curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/121580/319448.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

SOARES, Carlos Hilton Albuquerque. *et al.* **Sistema Saúde Escola de Sobral**. SANARE, Sobral, v.7, n.2, p.7-13, jul./dez. 2008.

SOUZA, Francisca Lopes. *etal.* **A Política Municipal de Educação Permanente em Sobral-CE**. In: Educação na Saúde. SANARE. v.7, n.2, jun/dez 2008.

STREIT, Derly Silva; MACIEL, Dione Tavares; ZANOLLI, Maurício Braz. **Contribuição para a formação de médicos de acordo com as necessidades da sociedade: interação com as políticas de articulação ensino, serviço, sociedade implementadas pelo Ministério da Saúde**. Cadernos ABEM. v. 5. out 2009. Disponível em:<[http://www.abemeducmed.org.br/pdf\\_caderno5/contribuicao\\_formacao\\_medicos.pdf](http://www.abemeducmed.org.br/pdf_caderno5/contribuicao_formacao_medicos.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2014.

SUCUPIRA, Ana Cecília Silveira Lins; PEREIRA, Andréa. **A Preceptorial na Residência em Saúde da Família**. SANARE. ANO V, n.1, jan./fev./mar. 2004. Disponível em: <[file:///C:/Users/STI/Downloads/122-227-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/STI/Downloads/122-227-1-SM%20(1).pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2013.

TEIXEIRA, Elizabeth. *et al.* **Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais**.Rev. bras. enferm. v.66. Brasília set. 2013.<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700014>.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700014)>. Acesso em: 29 dez. 2013.

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ. **Manual do Internato I: Saúde da Família**. 2013.

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Sobral, 2013.

WALDOW, Vera Regina. **Estratégia de Ensino na Enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **INTERNATO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE A PARTIR DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA**

Desenvolvida por Heluana Cavalcante Rodrigues, discente de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará *campus* Sobral, sob orientação da Professora Dra. Maria Socorro de Araújo Dias.

O objetivo central do estudo é conhecer a percepção do enfermeiro preceptor em relação ao internato de enfermagem na Estratégia Saúde da Família em Sobral-Ceará. O convite a sua participação se deve à sua relevância no processo de formação do enfermeiro.

Sua participação é voluntária, isto é, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. Os dados obtidos nas entrevistas serão analisados assim como o conjunto de documentos oficiais (tais como textos, atas, relatórios e materiais de apoio) ou regulamentação específica sobre o tema (Leis, Decretos e Portarias). A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado (a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente trinta minutos.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/2012 e orientações do CEP.

Os nomes dos entrevistados não serão vinculados às informações, porém os cargos dos entrevistados poderão eventualmente ser mencionados, havendo um risco de identificação indireta do entrevistado em função do cargo que ocupam.

Os resultados serão divulgados em relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

O (a) Sr (a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal e de sua orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Heluana Cavalcante Rodrigues  
Pesquisadora

---

Maria Socorro de Araújo Dias  
Pesquisadora-Orientadora

Pesquisadora principal: Heluana Cavalcante Rodrigues – Endereço: Rua das Dores-42 – Centro – Sobral/CE CEP: 62010-400. Tel.: (88) 99290843. E- mail: helucavalcante@yahoo.com.br

Pesquisadora-Orientadora: Maria Socorro de Araújo Dias. - Tel.: (88) 96380484.E-mail: socorroad@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA –  
Endereço: Avenida Comandante Mauro Célio Rocha, 150. Bairro: Derby. Sobral, Ceará, CE  
CEP: 62041-630.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Assinatura do participante

**APÊNDICE B**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Internos ( ) Preceptor ( ) Docente ( )

IES 1 ( ) IES 2 ( )

01. Quais os objetivos e competências devem ser desenvolvidos pelos internos no internato de enfermagem na AB?
02. Relacione as competências apreendidas (atividades desenvolvidas) durante o internato na AB.
03. Como o internato em AB tem contribuído para o diálogo entre teoria e prática e entre IES e sistema de saúde?
04. Como se dá o processo de planejamento do internato da AB? (Explorar a participação de docentes e preceptores).
05. Comente sobre sua função de preceptoria/docência neste processo (definir o que faz, potencialidades, limites).
06. Quais estratégias políticas, administrativas e educacionais julga serem necessárias para o desenvolvimento do internato?

.