



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

MIRIAN FERREIRA COELHO CASTELO BRANCO

**TRABALHANDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENCONTROS E
DESENCONTROS ENTRE O PROCESSO FORMATIVO E OS DESAFIOS DA
PRÁTICA PROFISSIONAL**

FORTALEZA – CEARÁ

2016

MIRIAN FERREIRA COELHO CASTELO BRANCO

TRABALHANDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENCONTROS E
DESENCONTROS ENTRE O PROCESSO FORMATIVO E OS DESAFIOS DA PRÁTICA
PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Marlene Marques Ávila.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Branco, Mirian Ferreira Coelho Castelo .
Trabalhando na atenção primária à saúde: encontros e
desencontros entre o processo formativo e os
desafios da prática profissional [recurso
eletrônico] / Mirian Ferreira Coelho Castelo
Branco. ? 2016.

1 CD-ROM: il. ; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 99 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) ? Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Fortaleza, 2016.

área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.ª Dra. Maria Marlene Marques
Ávila.

1. Enfermagem. 2. Papel do Profissional de
Enfermagem. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Prática
Profissional. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itapery - 60740-000 - Fortaleza - CE
FONE: (0xx85) 3101.9826

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da Dissertação: **“Trabalhando na Atenção Primária à Saúde: Encontros e Desencontros Entre o Processo Formativo e os Desafios da Prática Profissional”**.

Nome da Mestranda: **Mirian Ferreira Coelho Castelo Branco**

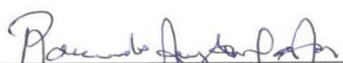
Nome da Orientadora: **Prof. Dra. Maria Marlene Marques Ávila**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

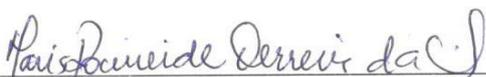
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Maria Marlene Marques Ávila (orientadora)



Prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres (1º membro - UECE)



Prof. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva (2º membro)



Dra. Lucia Conde de Oliveira (suplente)

Data da defesa: 15/12/2016

À minha melhor produção, minha filha,
Melissa.

À minha Mãe, Maria Nádila.

Ao meu marido, Emanuel Alencar.

Às pessoas que, de alguma forma, são minhas
referências de vida e de cuidado.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, porque em tudo fostes enriquecidos nele, em toda palavra e em todo o conhecimento, pois que me deu o dom da vida e a força necessária para a busca dos meus sonhos.

À professora Marlene Marques, pela sua atenção, dedicação e paciência, demonstrando que a relação entre orientador-orientando pode ser um momento de compartilhar mais que conhecimento. O incentivo e apoio contribuíram para minha formação como pessoa, acreditando em meu potencial e permitindo que eu me desenvolvesse academicamente para além de uma relação produtivista. Sinto que a experiência que tivemos fluiu com amorosidade e amizade em todos os pequenos gestos de afetos em nossos diálogos e almoços compartilhados. Muito obrigada!

Ao meu melhor presente do mestrado, minha amiga, que me faz cada dia melhor, Daniele Tavares, companheira de todos os trabalhos, obstáculos, felicidades, encantos e desencantos.

Aos colegas da UECE, que se tornaram amigos de uma vida, Pedro, Carol, Nara e Vanessa, pela amizade e companheirismo durante as alegrias e tristezas. Com vocês tudo ficou mais bonito.

Aos professores, que de uma forma especial contribuíram afetivamente para as discussões teóricas e reflexões sobre a Saúde Coletiva, com dedicação e esmero: Rocineide e Lucia Conde.

À minha amiga, conselheira, companheira e de escuta qualificada das angustias e apoiadora dos desafios, Arisa Nara.

Aos meus amigos queridos da FAMETRO, que me apoiaram nessa construção: Aline, Juliana, Herculano, por toda força nos momentos de insegurança, e a prof. Edna pela compreensão nos momentos de ausência.

Aos meus alunos por me incentivarem e permitir a cada dia aprender com eles, em especial as minhas queridas Alana, Sheyla e Fram, obrigada por cuidar das nossas idosas do grupo construindo a melhor idade, nas minhas ausências.

Aos enfermeiros egressos da UECE participante da pesquisa, que possibilitaram a construção desse estudo.

Aos funcionários do PPSAC: Maria, Marnessa, Jéssica e Sergio pelas contribuições na operacionalidade e presteza nas solicitações.

Ao professor Guto, por sua contribuição na avaliação final do trabalho e suas contribuições teóricas que puderam ser incluídas neste estudo.

E ainda mais especialmente...

À minha filha Melissa, por no seu olhar me incentivar a ser cada dia melhor.

À minha mãe, guerreira, que, ao seu jeito, soube me repassar os valores da vida e o incentivo para eu sempre ir em frente vencendo todos os obstáculos sem baixar a cabeça e sempre dar o melhor de mim em tudo que me proponho a fazer.

À minha família Castelo Branco pelo apoio, que meu amor Emanuel Alencar me presenteou, pelo companheirismo, carinho e cumplicidade durante essa jornada e compreensão pelos momentos de ausência, acolhida e cuidado da nossa Melissa.

E aos demais que, de alguma forma, contribuíram na elaboração desta dissertação.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

(Paulo Freire)

RESUMO

Para que os sistemas de saúde, tanto dos países desenvolvidos, quanto os em desenvolvimento, consigam vencer os desafios presentes e futuros, é preciso entre outras coisas, promover sérias transformações no modelo formador dos profissionais de saúde. No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu para a efetivação da política de saúde, que instituiu a necessidade de profundas mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como da formação profissional. Em relação à formação, verifica-se que o ensino dos cursos de graduação na área da saúde ainda possui caráter tecnicista, centrado em conteúdos organizados de forma dissociada, nos quais predomina o paradigma do modelo biomédico, curativista e hospitalocêntrico. A formação assim pautada repercute em desafios para a atuação dos profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). Inúmeras iniciativas têm sido empreendidas como forma de promover a reorientação da formação em saúde, como a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e a criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O presente estudo aborda a formação em enfermagem e se constitui num recorte da pesquisa “Trabalhando na Atenção Primária à Saúde: encontros e desencontros entre o processo formativo e os desafios da prática profissional”. O objetivo foi analisar a prática dos enfermeiros egressos de uma Instituição de Ensino Superior (IES) de uma capital do nordeste brasileiro, considerando dois pré-requisitos: a graduação ter se dado norteadada por currículo subsidiado pelas DCN e atuação na APS. Optou-se pela pesquisa com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com doze enfermeiros egressos da IES no período de fevereiro a novembro de 2016. Os discursos foram organizados por meio do Software *Q. S. R. Nvivo*. Seguiu os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual sob nº 388.536. Foram parâmetros para a análise as DCN, o Pró-Saúde, a Política Nacional da Atenção Básica, a Implantação da Unidade de Saúde da Família e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A análise foi norteadada pelos vetores Orientação Teórica, Cenários de Prática e Orientação Pedagógica. Verificou-se evidências relacionadas aos vetores dos eixos: Determinantes de saúde e doença; Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS; Pós-graduação e educação permanente; Interação Ensino-Serviço; Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem; Articulação dos Serviços Universitários com o SUS; Análise crítica da atenção básica; Integração do ciclo básico/ciclo profissional; Mudança metodológica. A discussão foi norteadada pelos principais documentos oficiais que orientam a atuação do enfermeiro no contexto da Saúde Coletiva: Política Nacional de Atenção Básica, implantação da Unidade de Saúde da Família e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Assim, compreendeu-se que mudanças são necessárias, porém complexas, devido às influências históricas arraigadas da formação profissional, a qual a concepção biomédica, tecnicista, curativista e fragmentadora de saberes e práticas oferece impasses na implementação de novas perspectivas direcionadas a uma formação ampliada, crítica e reflexiva, pautada no compromisso ético e político com o SUS, o que é desafiador. Contudo, este desafio deve ser assumido pela IES e por seu corpo docente.

Palavras-chave: Enfermagem. Papel do Profissional de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Prática Profissional.

ABSTRACT

In order for health systems in both developed and developing countries to overcome present and future challenges, it is necessary, among other things, to promote serious changes in the model of health professionals. In Brazil, the creation of the Unified Health System (SUS) was given to the effectiveness of health policy, which instituted the need for profound changes, both in the field of health practices and of professional training. Regarding training, it is verified that the teaching of undergraduate courses in the health area still has a technical character, centred on content organized in a dissociated way, in which the paradigm of the biomedical, curativist and hospital-centred model prevails. The training, thus, has repercussions on the challenges faced by professionals in Primary Health Care (PHC). Numerous initiatives have been undertaken as a way to promote the reorientation of health education, such as the establishment of the National Curricular Guidelines (NCG) and the creation of the National Program for Reorientation of Vocational Training in Health (Pro-Health). This study addresses nursing education and constitutes a cut of the research "Working in Primary Health Care: meetings and disagreements between the training process and the challenges of professional practice". The aim was to analyse the practice of nurses who graduated from a Higher Education Institution (HEI) in a capital city of the Brazilian Northeast, considering two prerequisites: the graduation was guided by a curriculum subsidized by the NCG and work in the PHC. The qualitative research was chosen. Data were collected through a semi structured interview with twelve nurses from the HEI from February to November, 2016. The speeches were organized through Software Q. S. R. Nvivo. It followed the ethical precepts of the research involving human beings, according to the Committee of Ethics in Research of the State University under nº 388.536. Parameters for the analysis were NCG, Pro-Health, the National Policy for Primary Care, the implementation of the Family Health Unit and the National Policy for Permanent Health Education. The analysis was guided by the vectors Theoretical Guidance, Practice Scenarios and Pedagogical Guidance. There were evidences related to the vectors of the axes: Determinants of health and disease; Production of knowledge according to SUS needs; Postgraduate and continuing education; Teaching-Service Interaction; Diversification of the learning process scenarios; Articulation of University Services with SUS; Critical analysis of basic care; Integration of the basic cycle/professional cycle; Methodological change. The discussion was guided by the main official documents that guide the nurses' performance in the context of Collective Health: the National Primary Care Policy, the implementation of the Family Health Unit and the National Policy on Permanent Health Education. Therefore, it was understood that changes are necessary, but complex, due to the deep historical influences of professional formation, which the biomedical, technical, curative and fragmentary of knowledge and practices conception offers impasses in the implementation of new perspectives directed to an amplified, critical and reflexive formation, based on the commitment Ethical and political with the SUS, which is challenging. However, this challenge must be taken up by HEI and its faculty.

Keywords: Nursing. Nursing Professional Role. Primary Health Care. Professional Practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Cronologia das principais ações de reorientação da formação em saúde para o SUS.....	28
Figura 2 –	Nuvem de palavras elaborada com base dos depoimentos sobre as disciplinas que contribuíram para o saber-fazer-conviver na APS. Fortaleza, novembro de 2016.....	45
Figura 3 –	Nuvem de palavras elaborada com base dos depoimentos sobre as disciplinas que deveriam ter contribuído para o saber-fazer-conviver na APS. Fortaleza, novembro de 2016.....	47
Figura 4 –	Nuvem de palavras elaborada com base nos depoimentos sobre os cenários de prática de um curso de enfermagem. Fortaleza, novembro 2016.....	65
Figura 5 –	Nuvem de palavras elaborada com base nos depoimentos sobre as metodologias de ensino de um curso de enfermagem. Fortaleza, novembro 2016.....	80
Figura 6 –	Representação metodológica de professor e facilitador.....	81
Quadro 1 –	Eixos e vetores propostos no Pró-Saúde.....	30
Quadro 2 –	Rede interpretativa do estudo. Fortaleza, 2016.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho da Educação em Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
HEI	Higher Education Institution
IC	Iniciação Científica
IDA	Integração Docente Assistencial
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério de Educação e Cultura
NCG	National Curricular Guidelines
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET	Programa de Educação para o Trabalho
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PHC	Primary Health Care
PNAB	Política Nacional de atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
PPP	Projetos Políticos Pedagógicos
PROMED	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

Saúde

SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNI	Projeto Uma Nova Iniciativa
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	OBJETIVO GERAL.....	22
2.2	OBJETIVO ESPECIFICO.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	UM OLHAR NA PRÁTICA DA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	23
3.2	O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	25
3.3	REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	28
4	METODOLOGIA.....	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
5.1	CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS EGRESSOS.....	37
5.2	CATEGORIAS EMPÍRICAS: ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	38
5.2.1	Determinantes de Saúde: aproximações e distanciamentos da proposta curricular.....	38
5.2.2	Produção de Conhecimento: olhar segundo as necessidades do SUS?.....	42
5.2.2.1	O olhar da construção do conhecimento para a APS nas disciplinas...	43
5.2.2.2	O olhar da construção do conhecimento para a APS nas vivências.....	49
5.2.2.3	O olhar da construção do conhecimento para a APS nas pesquisas.....	50
5.2.3	Educação permanente ou capacitações?.....	52
5.2.4	Olhares na integração ensino-serviço.....	54
5.2.4.1	Insuficiências da articulação teoria prática: choque de realidade.....	55
5.2.4.2	Internato: o divisor de água que também é limitante.....	59
5.2.5	Os caminhos da prática nos níveis de atenção do SUS.....	63
5.2.5.1	Inexistência de estágio extracurricular na APS.....	67
5.2.6	Fragilidade na integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde.....	70
5.2.7	Práticas dos profissionais a partir da sua inserção no serviço e	

	na comunidade.....	75
5.2.8	(Des)Integração e (in)coerência dos ciclos básico e profissional....	75
5.2.9	Iniciativas singulares de mudança metodológica.....	78
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	86
	APÊNDICES.....	92
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM	
	EGRESSOS.....	93
	ANEXOS.....	97
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
	DA UECE.....	98

1 INTRODUÇÃO

A lei nº 8.080/90 traz no Art. 6º um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), como responsável pela ordenação da formação de trabalhadores (as) na área de saúde (BRASIL, 2007), assim vem empregando vários esforços por meio de movimentos em prol de mudanças na formação; dentre eles, destaca-se a criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2005a) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2008), frutos da parceria firmada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (BRASIL, 2005b) e que, atualmente, incentivam o fortalecimento da integração ensino-serviço.

Além disso, estes programas atuam no apoio à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde, consideradas como marco importante no setor da educação, visto que introduziram recomendações para a construção de currículos pautados na formação para o SUS (BRASIL, 2001).

O desafio de formar profissionais capazes de atender as novas necessidades de saúde das populações é um desafio global. Recentemente a revista *Lancet* publicou um estudo realizado pela Comissão Independente¹, que ressalta este desafio: “para que os sistemas de saúde, tanto dos países desenvolvidos quanto dos mais pobres, consigam vencer os desafios presentes e futuros, é preciso que, entre outras coisas, sejam inseridas profundas mudanças na formação em saúde” (FRENK *et al.*, 2010).

Esta preocupação vem da constatação que a formação nas áreas da medicina, enfermagem e saúde pública, vem sendo norteadas por currículos fragmentados, desatualizados e estáticos, que resultam, na maioria das vezes, na formação de trabalhadores essencialmente técnicos, sem um conhecimento contextualizado com o mundo, incapazes de trabalhar com eficiência em equipe e de atender as demandas dos indivíduos, da população e dos próprios sistemas nacionais de saúde em que se inserem (FRENK *et al.*, 2010).

¹ A Comissão sobre a Educação dos Profissionais de Saúde para o Século 21 foi criada em janeiro 2010, em comemoração ao centenário do relatório Flexner, de 1910, que acabou moldando a educação médica em todo o mundo. A iniciativa foi liderada pelos médicos e professores Julio Frenk, da Escola de Saúde Pública de Harvard, em Boston-EUA, e Lincoln Chen, do China Medical Board, em Cambridge-EUA, e contou com a participação de mais 18 profissionais e acadêmicos de vários países. A ideia era adotar uma perspectiva global de promoção da saúde, recomendando inovações educacionais e institucionais voltadas para a formação de uma nova geração de profissionais melhor equipados para lidar com os desafios presentes e futuros na área. Education of Health Professionals for the 21st Century: a Global Independent Commission (<http://www.globalcommehp.com>)

O referido estudo aponta como solução, numa perspectiva global, a abordagem da promoção da saúde e recomenda inovações educacionais e institucionais voltadas para a formação de uma nova geração de profissionais capacitados para lidar com os desafios presentes e futuros na área.

A situação identificada pelo relatório também ocorre no Brasil, onde mudanças determinadas pelas transições demográfica e epidemiológica (presentes no nível global) evidenciam a urgente necessidade de formar profissionais preparados para corresponder diretamente a essas demandas, de modo que ocorram articulações entre o processo formativo e a organização do sistema de saúde (HADDAD *et al.*, 2010).

Entretanto, verifica-se que o setor da educação tem se configurado historicamente como um importante fator de resistência aos avanços da saúde (CECCIM, 2008), implicando-se mais com os aspectos internos das instituições de ensino em detrimento do desenvolvimento de uma formação voltada para transformações no contexto do mundo trabalho (CARVALHO; CECCIM, 2012).

Dessa forma, o ensino profissional em saúde encontra-se marcado por uma “ciência das doenças”, onde predomina a atenção hospitalar, a especialização do trabalho e a reprodução do modelo curativo individual na saúde. Aos estudantes, é oferecido um “pacote” de conhecimentos que inclui procedimentos e novidades tecnológicas, partindo de metodologias de aprendizagem não participativas e focadas no professor, distanciando-os do cotidiano dos serviços e da gestão (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Conforme Frenk *et al.* (2010), no espaço educativo essa perspectiva considera que todas as reformas propostas sejam guiadas por duas ideias básicas: a interdependência na educação e a aprendizagem transformadora. A interdependência é considerada essencial em uma abordagem sistêmica, realça as formas de interação entre os inúmeros e distintos componentes e, no caso da educação, deve ser considerada em três aspectos: do isolamento à harmonização com o sistema de saúde, das instituições autônomas às redes mundiais, alianças e consórcios, e, finalmente, da prática de gerar e controlar internamente todos os recursos institucionais necessários ao aproveitamento dos fluxos globais de conteúdo educacional, materiais pedagógicos e inovações (FRENK *et al.*, 2010).

A noção de aprendizagem transformadora, deriva do trabalho de vários teóricos da educação, dentre os quais Paulo Freire e Jack Mezirow, sendo considerada como um nível mais elevado de um processo de aprendizagem que passa de informativo para formativo e, finalmente, transformador. Enquanto a aprendizagem informativa está relacionada à aquisição de conhecimentos e competências e seu objetivo é produzir especialistas, a aprendizagem

formativa visa socializar os estudantes em torno de valores, formando profissionais. A aprendizagem transformadora trata do desenvolvimento de atributos de liderança, resultando na formação de agentes de mudança (FRENK *et al.*, 2010).

A aprendizagem transformadora foi proposta em 1978 por Jack Mezirow, professor de educação para adultos inspirado por Paulo Freire, foi sua experiência com mulheres adultas nos Estados Unidos que despertou para este tipo amplo de aprendizagem, relacionado com mudanças na própria identidade. Mezirow se aprofundou na aprendizagem transformadora em diversos textos e aplicando-os na prática (ILLERIS, 2013).

No processo de aprendizagem informativa, os estudantes terminam por atuar passivamente em sua formação e sentindo-se frequentemente despreparados para a vida profissional quando se aproximam da finalização do curso. Assim, ao se tornarem egressos, “despencam nos serviços de saúde para serem protagonistas do cuidado e terminam capturados pelo eixo recortado-reduzido corporativo-centrado” (CARVALHO, CECCIM, 2012, p.158).

Esta situação é comum a todas as categorias profissionais da saúde, não sendo, portanto, diferente com o enfermeiro. A formação acadêmica deste profissional possui, em geral, um enfoque na lógica da clínica assistencial, estruturada pela vertente biológica, perceptível nos currículos dos cursos de graduação no País, os quais apresentam um predomínio de disciplinas técnicas. Seu resultado repercute em deficiências na capacidade de articular os conhecimentos biológicos da enfermagem com sua dimensão social, tornando-se um empecilho para a realização de intervenções mais consistentes que garantam a produção da integralidade almejada no SUS (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Nos processos formativos do enfermeiro se percebe, por vezes, um distanciamento entre o que é ensinado na graduação em enfermagem e aquilo que o profissional vivencia em sua prática profissional, distanciamento esse percebido tanto no planejamento e execução da assistência de enfermagem, quanto na gerência da equipe de enfermagem, bem como no trabalho em equipe multiprofissional, sendo, portanto, imprescindível atentar-se à realidade da educação em enfermagem do País (SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011).

Diante dessa fragilidade, a formação de enfermeiros para o campo de trabalho é um importante aspecto a ser discutido. Essa formação é entendida como um processo que visa aquisição de competência que é compreendido pelos conhecimentos, atitudes e habilidades exigidas para o exercício da enfermagem. O perfil definido pelas DCN para a Graduação em Enfermagem é o de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania, que tem sua atuação pautada em

princípios éticos (BRASIL, 2001). Para tanto, sua formação deve ocorrer em cenários de desafios complexos, considerando a globalização, o incremento da competitividade profissional, os problemas de saúde que são exacerbados pelas mudanças ecossistêmicas e diversos tipos de violências urbanas (CARVALHO; CECCIM, 2012).

Nesse contexto, a formação deve incluir proximidade com as questões reais da prática profissional e instrumentalizar para o desenvolvimento de intervenções e pesquisas que possam contribuir para a mudança do contexto social. O desafio inclui que o enfermeiro seja envolvido com a complexidade da abrangência de sua atuação, integralidade e atenção às necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade (SILVEIRA, 2011).

Desta forma, cabe às Instituições de Ensino Superior (IES) adequar um processo formativo que seja coerente com as necessidades de saúde da população e com o seu contexto social, formando profissionais capazes de aliar subsídios teóricos e práticos, atentos às necessidades de adaptação e inovações exigidas na rotina do trabalho em seu cenário de prática em especial no SUS.

Esta realidade, marcada pela discordância entre o sistema de ensino superior e a missão política do SUS, é indicativa de uma crise deformadora do ensino humanístico, profissional e acadêmico no campo da saúde (ALMEIDA-FILHO; PAIM; VIEIRA-DA-SILVA, 2014), evidenciando cada vez mais a necessidade de reorientação da formação em saúde.

As iniciativas de reorientação da formação em saúde que visam a reordenação da atenção primária à saúde propõem integrar ensino-serviço, reorientando a formação profissional por meio de abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na atenção primária à saúde. Demarca, assim, o reconhecimento por parte das instâncias de governo, de que a formação oferecida pelos cursos da saúde nem sempre contemplam as mudanças paradigmáticas das políticas públicas de saúde e do ensino na saúde. Ainda predomina a formação majoritariamente focada na doença, priorizando o hospital como lócus do processo de ensino-aprendizagem.

A universidade pública, campo deste estudo, também sintetiza o modelo biomédico e individual, quando referem como objetivo de seus planos de ensino um cuidado centrado na resolução de problemas de complexidade crescente, organizado em disciplinas, agrupando as enfermidades em torno do problema e com a aprendizagem concentrada nos hospitais (NOBREGA-TERRIEN; NÓBREGA; SILVA, 2008).

Conforme Nobrega-Therrien, Nóbrega, Silva, 2008 (2008), prevalece no ensino na saúde o enfoque da medicina centrada no paciente, família ou comunidade, onde os

estudantes começam pelos problemas simples de saúde, identificados no domicílio, partindo depois para assistência no centro de saúde, depois para o hospital regional e, finalmente, para o hospital especializado, que indica o final de sua assistência. Desta maneira, a priori, o processo formativo não enfoca no coletivo, uma vez que percebe o final da assistência como o serviço especializado, não notando as potencialidades da promoção da saúde em todos os ciclos e como algo contínuo.

Este cenário ressalta o distanciamento entre a formação acadêmica do enfermeiro, a realidade dos processos de trabalho que o espera e as reais necessidades do coletivo. Para aproximar a formação das necessidades do trabalho, deve-se reduzir a distância entre a formação e a prática profissional, para melhor atender, tanto a continuidade da qualificação dos recém-formados, quanto às demandas dos usuários de serviços de saúde. Para isso, faz-se necessário a implicação de todos os envolvidos nos diferentes níveis dos sistemas de saúde e de educação: instituições formadoras, serviços de saúde e forças políticas.

Um dos níveis de atenção à saúde que se deve ter um olhar ampliado é a Atenção Primária à Saúde (APS) considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão. O reconhecimento internacional aconteceu na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde realizada em Alma-Ata em 1978 que aprovou o documento Declaração de Alma-Ata (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Na Declaração de Alma-Ata, a APS é concebida como a atenção à saúde fundamental, central do sistema nacional de saúde baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, objetivando o desenvolvimento social e econômico das comunidades, com envolvimento e cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde. Implica assim a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo 'praticantes tradicionais' (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No Brasil após algumas iniciativas a APS se consolidou como Estratégia Saúde da Família (ESF) na qual foi explicitada na Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), que discutiu o modelo de atenção a ser construído. Tal ato normativo disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extra setoriais, em uma concepção ampliada de atenção

à saúde e de integralidade das ações, então a atenção básica em saúde assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção, ou seja, “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1998).

Como egressa e docente de um curso de graduação em enfermagem, estudar sobre processo formativo e prática do profissional de enfermagem na APS é algo extremamente motivador. Durante minha graduação em enfermagem, adentrei a faculdade com o desejo de cuidar. Diante do conhecimento empírico que tinha da profissão, entendia que o lugar onde poderia contribuir com o cuidado do outro seria na emergência de um hospital de grande porte, entendimento esse que, posteriormente, revelou-se errôneo.

Neste percurso tive a sorte de perceber as potencialidades da APS no qual escutei muitas vezes o discurso dos profissionais dizendo: “o trabalho na APS se aprende na prática”. Esse discurso me despertou a vontade de me aproximar e conhecer mais esse nível de atenção, me estimulou a participar durante o processo formativo de atividades de monitoria e estágio voluntários na APS e me apaixonei por esse campo de atuação.

Em meu percurso profissional atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF), em um município no Ceará, constatei o peso da responsabilidade e da complexidade desse tipo de assistência prestada pelo profissional enfermeiro e iniciei mais veemente a equalizar as potencialidades da APS. Como preceptora de alunos, graduandos de enfermagem, percebi que as concepções que tive no meu processo formativo não eram exclusividades minhas. Os alunos carregavam discursos de julgamentos a respeito da importância da APS, o que me instigou a necessidade de problematização destes discursos. Estes julgamentos eram provenientes principalmente dos profissionais que trabalhavam em outros níveis de atenção. Assim, percebi que a formação era um ponto estratégico para deslocar essas discussões e possibilitar possíveis mudanças.

Diante destas premissas, este projeto se propôs analisar a prática dos enfermeiros egressos de uma universidade pública de uma capital do nordeste brasileiro que atuam na Atenção Primária à Saúde, fazendo o contraponto com o percurso do aprendizado no curso de graduação. Como referencial de análise, foram consideradas as DCN e o Pró-Saúde, e as proposições de alguns documentos norteadores da atuação do profissional enfermeiro no contexto da Saúde Coletiva: Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012b), Implantação da Unidade de Saúde da Família (BRASIL, 2000) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2009b).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prática profissional dos enfermeiros egressos de uma universidade pública de uma capital do nordeste brasileiro que atuam na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Traçar o perfil socioeconômico dos profissionais enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde.

Caracterizar a formação dos profissionais para a prática na Atenção Primária à Saúde, evidenciando os conteúdos disciplinares, os cenários de prática e as metodologias de ensino.

Identificar como se dão as práticas dos profissionais a partir da sua inserção no serviço e na comunidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 UM OLHAR NA PRÁTICA DA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Partindo da premissa que um enfermeiro de qualidade para o serviço tem estreita relação com o processo formativo, tem-se que constituir profissionais críticos reflexivos frente às necessidades do coletivo. Vários entraves permeiam para se conseguir esta formação pautada no coletivo frente às necessidades do SUS.

Dentre os entraves, destaca-se o caráter hegemonicamente biologicista, medicalizante e procedimento-centrada do ensino de graduação na saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). O modelo pedagógico é do tipo tradicional, caracterizado por um formato baseado na transmissão de conteúdos sem conexão entre núcleos temáticos, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica para a sua abordagem na saúde, com ensino tecnicista focalizado em procedimentos e equipamentos auxiliares no diagnóstico, tratamento e cuidado (CARVALHO, CECCIM, 2012; CECCIM; FEUERWERKER, 2004), distanciando-se das reais necessidades da população brasileira (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2013).

Tal situação relaciona-se ainda à configuração da universidade moderna, organizada historicamente em disciplinas e departamentos, o que contribuiu para a origem do corporativismo das especialidades, dificultando a realização de práticas interdisciplinares e construindo a ideia da fragmentação como modelo organizador dos saberes-fazer, da reflexão e ação perante a realidade (CARVALHO; CECCIM, 2012).

Para Paulo Freire (2011), os processos pedagógicos de ensino aprendizagem não significam apenas codificar e decodificar palavras e frases, mas, sobretudo, profundos processos de leitura do mundo, da vida, da sociedade, todos passíveis de serem superados, recriados e transformados, permitindo uma reflexão e ação perante a realidade.

Nessa perspectiva, o ato pedagógico é compreendido como práxis, em que teoria e prática se unem na ação ativa e libertadora, sempre mediada pela dialogicidade como método e pela horizontalidade como ontologia (CORREIA; BONFIM, 2008, p.56).

. A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira 'ativismo'. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade” (FREIRE, 2013).

Na trajetória histórica da formação em enfermagem no Brasil, não se teve no início, por ser nos anos 20, o atravessamento da ideologia das práxis. O marco do ensino foi a

criação da primeira escola de enfermagem – Ana Nery (NOBREGA-THERRIEN; NÓBREGA, SILVA; 2008). Ultrapassava-se, assim, a enfermagem praticada de maneira empírica por prostitutas, voluntários, escravos e religiosas. Na Escola, ministrava-se o ensino médio e profissional, com influência inglesa e norte-americana de Florence Nightingale. Objetiva-se preparar a enfermeira para saúde pública, visando, sobretudo, o saneamento dos portos e a profilaxia das doenças transmissíveis.

O ensino técnico vai abrindo lugar para o ensino com fundamentação científica; porém, predomina-se a formação curativa. A disciplina de saúde pública passa a ser não obrigatória no currículo mínimo. Analisando o currículo de 1949, o mesmo surge numa fase em que prevalecia o espírito político supostamente liberal, com um capitalismo que ainda comportava a privatização da saúde de forma empresarial, privilegiando as enfermidades de massa pelas disciplinas nos currículos que enfocavam a área preventiva (NOBREGA-THERRIEN; NÓBREGA; SILVA, 2008).

Apesar deste incentivo do enfoque da área preventiva, o Brasil mostrava-se na sua economia um processo concentrador de renda, o que levou preocupação primordial do currículo de enfermagem para a formação de profissionais para o trabalho também em clínicas especializadas. No cenário, então, observa-se a ampliação das instituições de previdência social e crescimento da área curativa hospitalar. Assim o olhar de currículos focados da atenção preventiva acaba-se por ser ajustado pela necessidade do capital que seria o trabalho em clínicas especializadas.

No Ceará, a formação do enfermeiro não foi distinta do restante do país. Ali também, as irmãs de caridade foram às precursoras da profissão de Enfermagem. O ensino oficial de enfermagem no Ceará obedeceu a uma diretriz geral que regula os planos de estudos em todo o país (hoje Projetos Políticos Pedagógicos-PPP) e que encontra na legislação federal do Ministério da Educação suas bases legais (CEARÁ, 2000)

Em 1943, foi criada a primeira escola de enfermagem do Ceará e do Nordeste, recebendo o nome de Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo. Funcionou agregada à Universidade Federal do Ceará até 1956, passando a compor a Universidade Estadual do Ceará no ano de 1975 (NOBREGA-THERRIEN; NÓBREGA; SILVA, 2008).

Esta inserção do ensino da enfermagem na universidade, entre outras questões, permitiu a participação da enfermeira em três importantes cenários: a docência, a gestão e a investigação. Trouxe novos sinais de identidade, incluindo a palavra 'enfermeira' na nova titulação, o que supõe a modificação dos questionamentos que a partir desse momento

orientaram a educação e regularam a elaboração dos planos de estudos, voltados para formar esse profissional.

No início da década de 80 (NOBREGA-TERRIEN; NÓBREGA; SILVA, 2008), com a inserção do enfermeiro em diversos cenários, iniciou-se a preocupação para que este profissional tivesse a formação pautada com as necessidades do SUS, devendo-se utilizar, assim, de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, para que aproxime a teoria e prática com os processos de trabalho em enfermagem.

Com o parecer N° 314/94 e da portaria MEC N° 1.721/94, que tratam do currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem em nível nacional, que tem como recomendação o estudo voltado para a semiologia e semiotécnica da enfermagem, oportunizou a elaboração de currículos em que o aluno seria iniciado em disciplinas básicas-humanas, juntamente com disciplinas profissionais da enfermagem, proporcionando ao aluno o mais cedo possível o contato com os cenários de prática, tornando a formação mais significativa.

Os novos currículos de enfermagem devem se pautar em desenvolver discentes de enfermagem capazes de aprender a aprender, integrados à realidade epidemiológica dos ciclos vitais, na perspectiva de um perfil profissional-crítico, reflexivo, comprometido com seu papel social, sendo um sujeito ativo no seu processo de trabalho, contribuindo para a construção de um sistema de saúde pautado nos princípios do SUS (MEC/RESOLUÇÃO CNE/CES N° 3, 2001).

Apesar desta preocupação com os discentes de enfermagem se perfazer a mais de uma década, permanecem as matrizes curriculares com currículos fragmentados, distanciamentos da prática e teoria, que resultam, na maioria das vezes, na formação de trabalhadores essencialmente técnicos, com um conhecimento descontextualizado com o mundo, incapazes de trabalhar com eficiência em equipe, e de atender as demandas dos indivíduos, da população e dos próprios sistemas nacionais de saúde em que se inserem conjecturando no modo do modelo de saúde atual, este sendo hospitalocêntrico, usuário-centrado e desarticulado com as necessidades do SUS (FRENK *et al.*, 2010; LINARD *et al.*, 2011).

3.2 O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Política Nacional de atenção Básica (PNAB), através da Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, expõe a revisão das diretrizes e normas para APS no Brasil. A política

aborda as características dos processos de trabalho das equipes, definição de território de atuação, programação e implementação de atividades, participação no planejamento e avaliações das ações (BRASIL, 2011a).

A APS tem papel fundamental para o adequado funcionamento das redes de atenção em saúde (CUBAS 2011; MELO; MACHADO, 2013; SILVA 2011), pois atua como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção (SILVA, 2011), pois quanto maior a resolutividade da assistência na APS, menor será a demanda para os outros níveis de atenção (SCHIMITH; LIMA 2009).

A PNAB se direciona também às características do processo de trabalho na Saúde da família. O trabalho na Saúde da Família se iniciou com a criação do Programa Saúde da Família, que, por ser um programa, se tem uma ideia de início, meio e fim, e, atualmente, temos a ESF, que é um modelo contínuo de atenção, ou seja, sem previsão de término (BRASIL, 2011a).

A ESF é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2001).

Com responsabilidade longitudinal dos usuários da rede de atenção e serviços a ESF, deve-se pautar em um cuidado integral, independente da presença ou ausência de doença com prioridade a atenções de proteção e promoção à saúde (MELO; MACHADO, 2013; MOIMAZ *et al.*, 2010).

O enfermeiro da ESF deve desempenhar os seus processos de trabalho sendo proativo, resolutivo decisivo em diferentes dimensões do cuidado, buscando a consolidação de vínculo pautado na confiança, através de uma comunicação eficaz e empatia por meio de acolhimento.

A Portaria Nº 2.488, no contexto da ESF, descreve as atribuições específicas do enfermeiro (BRASIL, 2012 p 46 - 47):

- I - realizar atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, e etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da

profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
 III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
 IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
 V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
 VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Silva, Motta e Zeitone (2010) evidenciam que os enfermeiros desempenham todas as ações preconizadas pelo MS, porém esta atuação não é eficaz quando se fala de prevenção de doenças e promoção da saúde, pois, por questões organizacionais, estruturais, e conceituais, as ações são majoritariamente curativas e administrativas.

Para se pensar em uma prática pautada na prevenção de doenças e promoção de saúde, faz-se pertinente, como apontam Fernandes e Backes (2010), a inclusão da educação em saúde às práticas da ESF, que se mostra cada vez mais atual e necessária, principalmente quando ocorre uma troca de conhecimentos estabelecendo mais do que o processo de ensino aprendizagem, perfazendo-se como um ato de criar e transformar.

Para que esse ato de transformação e criação aconteça é importante o profissional levar em consideração preconceitos, valores familiares e culturais, o medo do novo, a vergonha, a timidez, a coação da população. Por vezes, a população vê profissionais da saúde como o detentor do conhecimento e a população vazia; nesse sentido, a educação na saúde está intimamente associada à pedagogia tradicional de transmissão de conhecimentos.

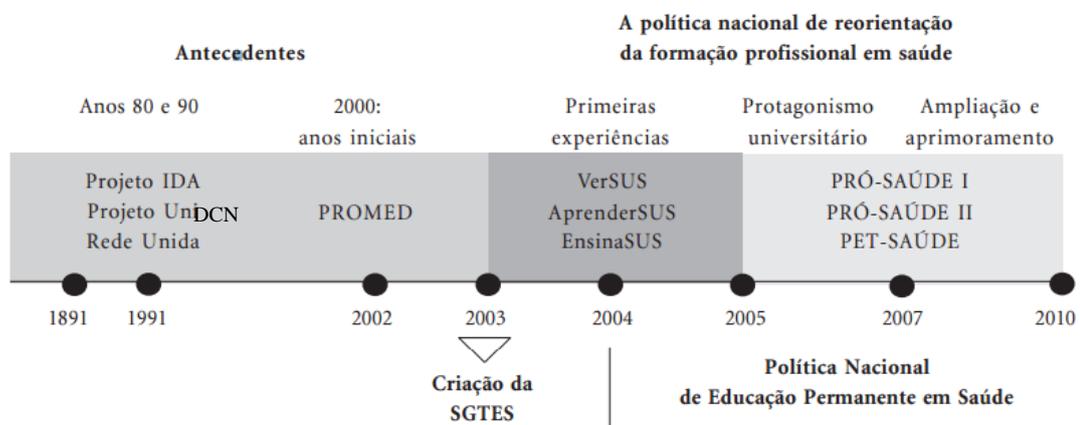
Para superar este tipo de educação em saúde tradicional, o enfermeiro deve inovar e fundamentar a sua prática na educação popular, que se apresenta como uma prática pedagógica que visa a tomada de consciência contribuindo para a transição da consciência ingênua para a consciência crítica, e para a conscientização das práxis dos sujeitos, podendo ser entendida como uma ação política e transformadora, na qual teoria e prática representam polos inseparáveis. Assim, a práxis, ao mesmo tempo, objetiva – pois age em uma instância real – e subjetiva – pois primeiro acontece na consciência dos indivíduos (SANTORU; CESTARI 2011).

O enfermeiro tem um papel fundamental na ESF, pois assume funções de gerenciamento e de assistência (promoção, prevenção, cura e reabilitação) podendo constatar as dificuldades que perpassa todo seu processo de trabalho, com também o funcionamento da ESF. Assim se faz necessário a importância do reconhecimento desse profissional com esse perfil por parte de gestores e usuários que tem o modelo biomédico hegemônico como referência (BACKES *et al.*, 2012).

3.3 REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

As preocupações com formação de trabalhadores de saúde para a saúde perpassam o cenário político desde a criação do SUS e teve esforços iniciados 1981 com a criação do programa de Integração Docente Assistencial (IDA). Os esforços avançaram e continuam até os dias atuais como se pode perceber na imagem abaixo:

Figura 1 – Cronologia das principais ações de reorientação da formação em saúde para o SUS



Fonte: Adaptado de Dias, Lima e Teixeira (2013).

O IDA que iniciou os caminhos para a reorientação em saúde por meio do Ministério da Educação desenvolveu ações pensando na formação profissional, através da inserção de alunos nas unidades de atenção primária favorecendo a articulação ensino serviço, porém não provocou significativas transformações (ALMEIDA; FEUERWRKER; LLANOS, 1999).

Um novo programa surgiu com a proposta de aprimorar o IDA, o Projeto Uma Nova Iniciativa (UNI) que se pautou numa perspectiva multiprofissional para fortalecimento dos componentes curricular pensando em elementos do serviço.

A Rede Unida adentra no cenário, mesmo com um contexto histórico político desfavorável, porém consegue realizar o ideário dos programas IDA e UNI. Criada por um grupo de docentes, pesquisadores e profissionais da saúde, mobilizados para a qualificação da educação profissional em saúde, a rede busca transformar o modelo de atenção a partir de um conceito ampliado de saúde, com ênfase na promoção, articulando todos os atores que atravessam a formação em saúde (BRASIL, 2006)

Nos dias atuais continua com o foco na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social, tendo como proposta parceria na modalidade de cogestão do processo de trabalho colaborativo, em que se compartilham poderes, saberes e recursos entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias (BRASIL, 2006).

Segundo Silva, Pontes e Silveira (2012) se pensar saúde nesta modalidade de cogestão de processos se pauta em outra dinâmica de produção de vida, envolve uma outra lógica, em que o diálogo é um instrumento relevante por dinamizar reflexões e por vezes revelar a criatividade para resolução de problemas conjuntamente com a comunidade.

O marco propulsor do debate da mudança da formação foi a criação das DCN dos cursos de graduação em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Aprovadas entre 2001 e 2004, as DCN trouxeram como diferencial a ruptura da noção de currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação (CARVALHO; CECCIM, 2012), reforçando a necessidade de orientar a formação profissional para o sistema de saúde vigente no país, contemplando a atenção integral da saúde e o trabalho em equipe (CECCIM, 2008).

Em 2002 foi criado o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), delineados pelos Ministérios da Saúde, da Educação e a OPAS, além da parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Rede Unida. O PROMED orientava-se ações no sentido de ajustar a formação médica aos princípios do SUS, se perfazendo no SUS como cenário de prática para alcançar tais objetivos (OLIVEIRA et al., 2008).

Com as iniciativas iniciais de reorientação da formação profissional em saúde como IDA, UNI, REDE UNIDA, DCN E PROMED, tencionaram a necessidade de mudança e o ano de 2003 foi marcado pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) viabilizando a política nacional de reorientação da formação profissional em saúde.

Os tensionamento se tornaram ainda mais efetivos, de maneira que em 2004 se tem as primeiras experiências (VER-SUS, AprenderSUS e EnsinaSUS) e a criação Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que ocupa posição transversal no processo de reorientação do ensino (BRASIL, 2004).

Todas as experiências prévias vivenciadas no contexto da educação e da saúde impulsionou a criação do Pró-Saúde, sendo desenhado como uma estratégia reformulada da

formação para o SUS, inicialmente o programa (Pró-Saúde I) contemplou apenas os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia (BRASIL, 2005).

O objetivo geral do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2007 p. 13).

Nesta perspectiva, a premissa principal do Pró-Saúde é a aproximação do ensino com os serviços públicos de saúde, aspecto fundamental para transformar o aprendizado, com base na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira.

Os anos 2005 e 2006 foram os passos iniciais do Pró-Saúde, marcados pelo protagonismo das universidades na formulação e implementação de propostas, e pela estruturação de instâncias de acompanhamento e de avaliação do mesmo (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). A partir de 2007 foram incluídos os demais cursos de graduação da área da saúde reconhecidos pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) no programa (Pró-Saúde II) (BRASIL, 2007b), possibilitando um aumento de recursos financeiros disponibilizados e maior atuação das secretarias de saúde na construção e implantação dos projetos (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

A perspectiva do Pró-Saúde é que os processos de reorientação da formação ocorram organizados simultaneamente em três eixos, cada um contemplando três vetores (Quadro 1).

Quadro 1 – Eixos e vetores propostos no Pró-Saúde

Eixo: ORIENTAÇÃO TEÓRICA	
Vetor	Determinantes de saúde e doença
Vetor	Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS
Vetor	Pós-graduação e educação permanente
Eixo: CENÁRIOS DE PRÁTICA	
Vetor	Interação Ensino-Serviço
Vetor	Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem
Vetor	Articulação dos Serviços Universitários com o SUS
Eixo: ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA	
Vetor	Análise crítica da atenção básica
Vetor	Integração do ciclo básico/ciclo profissional
Vetor	Mudança metodológica

Fonte: Adaptado de Brasil (2007).

O programa entende que a classificação nos eixos propostos corre o risco de promover simplificações, mas, ao mesmo tempo, é necessário que se formule um projeto que direcione o processo de reorientação da formação. Como pode ser verificado no quadro

acima, cada um dos eixos é decomposto em três vetores, os quais servem para orientar os parâmetros que devem, conjuntamente, nortear o respectivo eixo. Para cada um desses vetores são propostas evidências as quais classificam o curso num dos três estágios do Pró-Saúde: encontram-se no estágio I os cursos cujas evidências apontam para uma situação mais tradicional ou conservadora; no estágio II aqueles que estão em fase de transição entre o ensino mais tradicional e o mais crítico-reflexivo; no estágio III, os cursos que já completaram esta transição, ou seja alcançaram a imagem objetivo proposta pelo programa (BRASIL, 2007).

Visando avançar na consolidação das mudanças obtidas com o Pró-Saúde, foi criado, em 2008, o Pet-Saúde. O programa caracteriza-se tanto como instrumento de qualificação em serviço para os profissionais de saúde do SUS, visto que atuam dentro da perspectiva da preceptoria, orientando os estudantes dos cursos de graduação da saúde durante o cotidiano do trabalho, como de iniciação ao trabalho para estes estudantes, ao proporcionar a inserção no serviço de acordo com as necessidades do SUS. Os docentes dos cursos, por sua vez, respaldam o papel do preceptor configurando-se como tutores, orientando e fomentando a pesquisa e a produção de conhecimento relevante para o serviço de saúde (BRASIL, 2007a, 2008). Além da Estratégia de Saúde da Família, o Pet-Saúde atua nas temáticas da Vigilância em Saúde e Saúde Mental, sendo esta última implementada a partir de 2010 (BRASIL, 2011b).

Ao longo dos anos, o programa vem desencadeando melhorias na política de reorientação da formação em saúde. Verifica-se o aumento nos recursos financeiros para a readequação dos serviços de saúde, uma maior participação dos atores das gestões estaduais e municipais na implementação desta por meio do estabelecimento de parcerias conjuntas e da construção de propostas, bem como a inclusão dos programas nas discussões da política em seus espaços institucionalizados (secretarias e conselhos de saúde, por exemplo) (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

4 METODOLOGIA

O presente estudo é parte integrante de uma pesquisa mais ampla, intitulada “Trabalhando na Atenção Primária à Saúde: encontros e desencontros entre o processo formativo e os desafios da prática profissional”, de caráter multicêntrico, que avaliou os cursos de graduação da área de saúde nas universidades públicas de Fortaleza-CE, com ênfase na formação para atuação na atenção primária à saúde.

A pesquisa se realizou por meio de um estudo de caso que teve como objeto a prática em referência à formação do enfermeiro egresso de uma das universidades participantes da pesquisa. De acordo com Yin (2005), o estudo de caso contribui para uma visão abrangente de acontecimentos da vida real, se constituindo em importante estratégia metodológica para a pesquisa em ciências humanas, por possibilitar ao investigador o aprofundamento em relação ao fenômeno estudado, revelando nuances difíceis de serem enxergadas “a olho nu”.

Dada a natureza dos objetivos propostos, este estudo caracterizou-se como abordagem qualitativa, por ter esta como premissa analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e ainda fornecendo análises mais detalhadas sobre as investigações, atitudes e tendências de comportamento (MINAYO, 2010). Assim, o que percebemos é que a ênfase da pesquisa qualitativa é nos processos e nos significados. Além disso, “os métodos qualitativos ajudam no trabalho de construção do objeto estudado, facilitam na descoberta de dimensões não conhecidas do problema [...]” (SERAPIONI, 2000, p. 190).

O estudo foi proposto para realização na Região Metropolitana de Fortaleza-CE composta por 19 municípios. Contudo se realizou em Fortaleza, Caucaia, Paracuru, Eusébio e Paraipaba nos quais foram identificados enfermeiros que atendiam aos critérios do estudo, que foram entrevistados no período de fevereiro a novembro de 2016.

Participaram da pesquisa doze enfermeiros(as) egressos(as) da UECE que atuam nas unidades de saúde de atenção primária e cuja graduação se deu na vigência do currículo reformulado de acordo com as DCN, iniciado na IES a partir do ano de 2005. Distribuídos da seguinte forma: seis em Fortaleza; três em Caucaia e os municípios de Eusébio, Paracuru e Paraipaba com um egresso.

Foram critérios de inclusão: egressos que concluíram a graduação no período de 2009.1 a 2015.2 (visto que a duração do curso é de quatro anos e meio), com atuação

profissional atual na Rede de APS da Região Metropolitana de Fortaleza-CE, como profissional de saúde da ESF ou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Os egressos foram identificados inicialmente pelo registro de colação de grau da IES. A seguir foram identificados os profissionais vinculados a uma das unidades de saúde da Região Metropolitana de Fortaleza-CE com vínculo ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Além disso, se utilizou a técnica de bola de neve com checagem na lista de colação de grau, visando a inclusão mais abrangente possível dos egressos conforme os critérios estabelecidos.

Após a identificação foi realizado o contato por telefone, e-mail e/ou redes sociais, apresentando a pesquisa e solicitando a colaboração como informante do estudo. As entrevistas foram marcadas diretamente com cada egresso, conforme a sua disponibilidade de horário e local. Assim, estas ocorreram em diversos dias e horários, algumas na própria residência do profissional, outras no local de trabalho ou ainda em lugares escolhidos pelos informantes, buscando sempre proporcionar um ambiente tranquilo e favorável à realização das entrevistas.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas individuais (Apêndice A). Foi realizado um pré-teste com oito enfermeiros que atuaram ou atuam na APS, e ingressaram no Curso no currículo antigo ou são de outras IES, o que proporcionou alguns ajustes no roteiro original.

Foram realizadas doze (12) entrevistas, com duração média de 60 minutos cada, as quais foram registradas por meio da gravação de voz, após o prévio consentimento dos sujeitos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c). O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará por meio do parecer 388.536 (Anexo A), emitido na reunião do dia 09/09/2013.

Os áudios das entrevistas foram transcritos por discentes de enfermagem, sendo ao final todas revisadas pela autora e organizadas por ordem crescente do período de início da graduação dos informantes.

Para a identificação dos egressos os dados foram tabulados com auxílio do programa Excel, possibilitando a caracterização destes sujeitos.

Na consecução dos demais objetivos a análise foi norteadada pelas categorias analíticas: Determinantes da saúde/doença; produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS; pós-graduação e educação permanente – vetores do eixo “Orientação

teórica”; integração ensino/serviço; utilização dos diversos níveis de atenção; integração dos serviços próprios da IES com os serviços de saúde - vetores do eixo “Cenários de prática”; análise crítica, integração dos ciclos básico/ profissional; mudança metodológica – vetores do eixo “Orientação pedagógica”.

No processo de sistematização dos dados primeiramente, procedeu-se à “leitura flutuante”, cada entrevista foi lida repetidas vezes, anotando-se inicialmente as primeiras impressões e a seguir atentando para palavras-chave, buscando uma coerência interna entre as informações. Após esta sistematização foram realizadas leituras mais aprofundadas, visando identificar singularidades e recorrências nas falas das entrevistas, buscando a identificação das categorias empíricas.

Com a identificação inicial das categorias empíricas os discursos foram organizados por meio do Software *Q. S. R. Nvivo* versão 11.0. Tal organização além de dar maior visibilidade as ideias chaves que sustentam as categorias empíricas facilitam a identificação nestas categorias de ideias/ palavras que se impõem como subcategorias, que leva a necessidade de nova leitura, fazendo-se uma revisão reflexiva em relação às categorias identificadas, sendo reagrupadas novamente quando necessário. Esta leitura buscou ampliar a compreensão e interpretação das relações estabelecidas. Este processo confirmou a identificação de nove categorias empíricas e seis subcategorias que constituíram a rede interpretativa do estudo (Quadro 2):

Quadro 2 – Rede interpretativa do estudo. Fortaleza, 2016

EIXO	CATEGORIA ANALÍTICA	CATEGORIA EMPÍRICA	SUBCATEGORIA
	VETOR		
ORIENTAÇÃO TEÓRICA	Determinantes de saúde e doença	DETERMINANTES DE SAÚDE: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DA PROPOSTA CURRICULAR	
	Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS	PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO: OLHAR SEGUNDO AS NECESSIDADES DO SUS?	a) O olhar da construção do conhecimento para a APS nas disciplinas; b) O olhar da construção do conhecimento para a APS nas vivências; c) O olhar da construção do conhecimento para a APS nas pesquisas

	Pós-graduação e educação permanente	OLHARES NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO	
CENÁRIOS DE PRÁTICA	Interação Ensino-Serviço	OLHARES NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO	a) Insuficiências da articulação teoria prática: choque de realidade; b) Internato: o divisor de água que também é limitante.
	Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem	OS CAMINHOS DA PRÁTICA NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO DO SUS	a) Inexistência de estágio extracurricular na APS
	Articulação dos Serviços Universitários com o SUS	FRAGILIDADE NA INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS PRÓPRIOS DAS IES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE	
ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA	Análise crítica da atenção básica	PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS A PARTIR DA SUA INSERÇÃO NO SERVIÇO E NA COMUNIDADE	
	Integração do ciclo básico/ciclo profissional	(DES)INTEGRAÇÃO E (IN)COERÊNCIA DOS CICLOS BÁSICO E PROFISSIONAL	
	Mudança metodológica	INICIATIVAS SINGULARES DE MUDANÇA METODOLÓGICA	

Fonte: Autoria própria.

Ainda como recursos de análise o software *Q. S. R. Nvivo*, versão 11.0 foi utilizado na técnica nuvem de palavras (ou “nuvem de texto”), compreendida como uma forma de visualização de dados linguísticos, que mostra a frequência com que as palavras aparecem em um dado contexto (MCNAUGHT; LAM, 2010).

A técnica de construção destas nuvens consiste em usar tamanhos e fontes de letras diferentes de acordo com as ocorrências das palavras no texto analisado, gerando uma imagem que apresenta um conjunto de palavras, coletadas do corpo do texto e agregadas de acordo com sua frequência, sendo que a que mais aparece é alocada no centro da imagem e as demais em seu entorno, de modo decrescente.

Salienta-se que para as imagens geradas neste estudo, e também palavras das classes gramaticais artigos, preposições, locuções adverbiais e outras que não apresentariam relevância de conteúdo, foram excluídas para a obtenção de um resultado conciso na conformação dos depoimentos. Acredita-se que a aplicabilidade do método contribui para a visualização do que é mais relevante nas falas dos participantes do estudo.

As categorias empíricas foram analisadas considerando-se as evidências estabelecidas para cada vetor (categoria analítica) dos três eixos de reorientação da formação (BRASIL, 2007) e sua discussão norteadas pelos principais documentos oficiais que orientam a atuação do enfermeiro no contexto da Saúde Coletiva: PNAB (BRASIL, 2012b), implantação da Unidade de Saúde da Família (BRASIL, 2000) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2009).

Além do Pró-Saúde a análise também foi subsidiada pelas DCN para os cursos de Enfermagem (BRASIL, 2001), em as quais foram contemplados os seguintes aspectos:

- a) perfil do formando egresso/profissional;
- b) competências e habilidades tanto gerais como específicas;
- c) conteúdos curriculares;
- d) estágios curriculares e atividades complementares.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente apresenta-se uma caracterização geral dos enfermeiros egressos informantes deste estudo, quanto a dados perfil profissiográfico (social, demográfico, econômico, formação acadêmica e profissional) do enfermeiro egresso. Este tópico tem caráter predominantemente descritivo, e subsidia a compreensão e discussão aprofundada dos tópicos posteriores, referentes às categorias analíticas e empíricas que constituem a rede interpretativa do estudo. Em seguida são apresentadas as categorias empíricas, sua análise e discussão.

5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS EGRESSOS

Entre os informantes, somente um era do sexo masculino. A faixa etária variou de 22 a 35 anos. Em relação ao período de início e finalização da graduação no Curso de Enfermagem da UECE, o grupo apresentou-se bastante heterogêneo, variando de 2005 a 2010 e de 2011 a 2015.

Apenas dois egressos não possuíam títulos de pós-graduação, enquanto que o restante era especialista e/ou estava cursando alguma especialização ou mestrado. Ressalta-se que apenas dois possuíam pós-graduações afins à área da APS/SUS. As pós-graduações mais presentes entre os egressos foram o mestrado na área de cuidados clínicos em enfermagem, e as especializações no âmbito da área hospitalar como Auditoria e UTI. Além disso, um egresso cursou o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Fortaleza.

A maioria relatou possuir outros cursos de qualificação para a atuação no SUS, sendo mais citados os cursos que trabalhavam as temáticas sobre HIV/AIDS; tuberculose; dengue e hepatites virais.

Praticamente metade dos egressos mencionou ter participado ou participava atualmente de alguma atividade sociopolítica. Durante o período da graduação, dois egressos participaram do Movimento Estudantil. Já enquanto profissionais na APS, destacaram-se a participação de quatro egressos em Conselhos Municipais de Saúde, seja no apoio ao fomento de suas ações ou na inserção enquanto membros.

Quanto ao tempo de atuação na APS, considerando todo o período de inserção do egresso neste nível de atenção em um ou mais municípios, este variou de no mínimo quatro meses ao máximo seis anos, sendo que os períodos que mais se repetiram foram de seis anos, seguido de um ano.

Verificou-se uma predominância da atuação na ESF no município de Fortaleza. A carga horária semanal de trabalho da maioria dos egressos na APS era de 40 horas.

A maioria dos egressos iniciou sua trajetória profissional na APS, permanecendo unicamente na mesma. Alguns possuíam experiências profissionais em outras áreas, predominantemente na hospitalar. Apenas dois egressos relataram exercício profissional em outras áreas de atuação atual, a citar: assistência em hospitais públicos e privados.

As atividades desenvolvidas na APS referidas pela maioria dos egressos podem ser divididas em atividades individuais e coletivas ou conjuntas. As individuais referem-se àquelas realizadas isoladamente pelo enfermeiro, predominando o atendimento da consulta de enfermagem voltados tanto para fases da vida, principalmente crianças, mulheres, gestantes e idosos, como também para a abordagem de saúde mental, diabetes e hipertensão, obesidade, tuberculose, hanseníase dislipidemia, tabagismo; visitas domiciliares; atendimento de livre demanda, salas de espera e palestras. As coletivas ou conjuntas eram aquelas em que os enfermeiros desenvolviam juntamente com outras categorias profissionais.

De uma forma geral, os egressos apontaram como potencialidades da atuação na APS o reconhecimento e receptividade da população quanto ao trabalho desempenhado pelo profissional; a interdisciplinaridade vivenciada nas atividades coletivas e os resultados positivos que são proporcionados à saúde da população. Já as dificuldades mais encontradas referiam-se à deficiência de recursos materiais e financeiros para o apoio na realização de atividades; à estrutura precária de muitas unidades de saúde, somada a pouca disponibilidade de salas para reuniões e atendimentos e de carro para a realização de visitas domiciliares; desvalorização da gestão e precarização do trabalho do enfermeiro que se percebe como o profissional de maior responsabilização na equipe da ESF, responsabilidade essa que deveria ser partilhada.

5.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS: ANÁLISE E DISCUSSÃO

5.2.1 Determinantes de Saúde: aproximações e distanciamentos da proposta curricular

Os diversos conceitos de determinantes sociais de saúde (DSS) referem-se a uma relação entre condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população, com a sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus

fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Um desafio é não apenas somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer, assim os determinantes de saúde no nível da sociedade. Deve-se deter nas relevantes diferenças de mortalidade constatadas entre diferentes grupos ou classes sociais que não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois se controlamos esses fatores (hábito de fumar, dieta, sedentarismo etc.), as diferenças entre estes estratos sociais permanecem quase inalteradas. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A relevância dos DSS atravessada na saúde dos indivíduos e coletivos também se faz presente no Pró-Saúde, como vetor do eixo orientação teórica, demarcando a necessidade de adequada articulação entre os determinantes biológicos e sociais, sem a predominância de um sobre outro. Para isto, preconiza que o processo de ensino-aprendizagem parta de três evidências importantes:

- a) Proposta curricular considera os aspectos epidemiológicos, o entorno e as necessidades de saúde loco-regionais.
- b) Interação, diálogo frequente entre os docentes de disciplinas biológicas, clínicas e sociais, para análise de questões de interesse mútuo.
- c) Articulação com igual prioridade os aspectos relativos à promoção, prevenção, cura e reabilitação nas práticas de ensino-aprendizagem. (BRASIL, 2007 p.19)

Abordando a primeira evidência aspectos epidemiológicos, o entorno e as necessidades de saúde loco-regionais, numa análise do PPC do curso de enfermagem ora estudado, Queiroz (2014) apontou que nas disciplinas Fundamentos sociofilosóficos, Políticas e saberes em saúde coletiva, Enfermagem em saúde mental, Semiologia, semiotécnica e processo de cuidar, Enfermagem em saúde da criança e do adolescente, Enfermagem geriátrica e gerontológica e Enfermagem em Saúde Coletiva se revelava a preocupação do curso em se guiar pelos aspectos relativos ao processo saúde-doença, tanto para entender os diversos contextos e planejar as ações de forma coerente, quanto para instrumentalizar e fortalecer o cuidado de Enfermagem dirigido a indivíduos, famílias e coletividades, buscando responder às necessidades de saúde da população.

Contudo, isso não reflete na percepção dos enfermeiros egressos, conforme sobressai nas falas a seguir, demonstrando um descompasso entre a proposta no PPC e sua concretização no processo ensino/aprendizagem.

Teve algumas disciplinas e assim, alguns professores que abordaram bastante essas questões das políticas sociológicas do cuidado em si, [...], antropologia a gente viu muito, na epidemia (epidemiologia) propriamente, ética e legislação, também questão de educação em saúde e das práticas e saberes em saúde coletiva [...] Eu lembro que era feito muito, assim aulas bem interativas sabe de montagem de painéis interativos, os alunos falando [...] das próprias vivências assim era bem área da professora @@@@ e do @@@@, eles abordaram bastante isso sabe. Mais jogos de painéis, não era muito aquela aula expositiva, era mais questão mesmo de fazer você pensar, raciocinar e tudo mais (EGRESSO 12).

O pessoal não aprofunda a discussão. Então assim, eu me lembro que as questões dos determinantes a gente viu um pouquinho em Saúde Mental, muito pouco, só uma pincelada. E vi um pouquinho em Saúde Coletiva, muito pouco. Talvez nem uma aula específica só pra isso. Mais lançar a proposta, discussão, ler algum texto muito rapidamente e pum, acabou-se Eu vejo assim é..., as aulas de Enfermagem da universidade extremamente não políticas, não problematizadoras, extremamente mantenedoras de uma ordem de status à qual é o enfermeiro porcelana que mantém tudo organizado e em ordem (EGRESSO 7).

Existe uma contradição nas falas, pois enquanto existem disciplinas que trazem uma perspectiva metodológica mais ativa e que faz com que o aluno consiga articular os aspectos epidemiológicos, outras não conseguem fazer essa articulação. Não foi percebido nos discursos a questão da relação das necessidades loco-regionais com os DSS.

Ao se referir a ausência de uma abordagem que possibilite a reflexão crítica durante o processo formativo, o egresso indica uma fragilidade que incidirá em sua inserção no contexto social no início de sua prática profissional. Também se deduz daí a falta da transversalidade na abordagem dos DSS nas várias disciplinas que deveriam dialogar visando o objetivo de formação de profissionais alinhados às necessidades da população atendida pelo SUS/APS, porém tal não ocorre. Como pode-se pensar em um enfermeiro com um olhar/cuidado integral identificando os fatores modificáveis dos determinantes de saúde se em sua formação não possibilitou a articulação dos conteúdos disciplinares com a interface das necessidades de saúde locais/regionais?

Abordando a segunda e a terceira evidência do vetor DSS, os egressos consideram por vezes não existir uma articulação do ciclo básico com o ciclo profissional, e menos ainda um diálogo mútuo, não havendo uma contribuição significativa para o escopo de sua atuação na atenção primária.

Conforme o artigo 6º da Resolução CNE/CES N°3 (2001) “os conteúdos essenciais para o currículo de graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo de saúde doença do cidadão, da família e da comunidade...” devendo contemplar: I – Ciências Biológicas e da Saúde – inclui os conteúdos (teóricos e práticos) de bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados da estrutura e da função do corpo humano, aplicados às situações decorrentes do processo de saúde-doença.

A fala dos egressos enfatiza a não aplicabilidade dos conteúdos na prática profissional do enfermeiro, um fator que relacionam a isto é o fato dos docentes das disciplinas do ciclo básico não serem enfermeiros, o que dificulta a aplicação prática do conhecimento adquirido.

[...] são um pouquinho distantes (disciplinas do ciclo básico e profissional) assim, até mesmo da prática. A gente tem no início aula com profissionais que não são enfermeiros, que é bom, traz algum benefício, mas que as vezes distancia um pouquinho. O profissional não sabe nem o que é que o enfermeiro faz (EGRESSO 12).

A não interação e diálogo frequente entre os docentes de disciplinas básicas e profissionais, não permite sequer vislumbrar a possibilidade de questões de interesse mútuo, ocasionando a fragmentação de saberes e práticas e desarticulação entre estas disciplinas, distanciando-se do preconizado: "os conteúdos essenciais para o currículo de graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo de saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade", conforme o artigo 6º da Resolução CNE/CES N°3 (BRASIL, 2001).

Por outro lado, os egressos referem haver articulação com igual prioridade dos aspectos relativos à promoção, prevenção, cura e reabilitação nas práticas de ensino-aprendizagem, nos diferentes níveis de atenção.

Eu acho que foi bem distribuído, [...] no internato nós passamos, o que, três meses em atenção primária, foi, acabou sendo mais área hospitalar porque, por exemplo, três meses em clínica, aí ainda tinham outras áreas, tinha obstetrícia um mês, pediatria um mês, então foi mais área hospitalar se a gente pensar nesse caso. No entanto a atenção primária ela tinha uma carga horária dobrada, eram três meses mais era o dia (todo), acho que isso compensou e a atenção secundária eu tive contato com o CAPS (EGRESSO 2).

As DCN nos falam da relevância da formação do enfermeiro que deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento, para isso é necessária a dimensão do cuidado em todos os níveis de atenção da rede de saúde, o que está contemplado na competência de atenção à saúde que abrange o cuidado integral dos indivíduos (BRASIL, 2001).

A análise das três evidências desse vetor apontam que o curso está em transição do modelo mais conservador para a imagem objetivo, sendo estagiado no nível 2, por ter como potencialidades disciplinas que se aproximam de aspectos epidemiológicos e DSS, por articular em consonância com o PPC os níveis de promoção, prevenção, cura e reabilitação nas práticas de ensino-aprendizagem; por outro lado foram fragilidade que o faz se distanciar da imagem objetivo: não ter todas as disciplinas atravessadas pelos DSS e inexistência de

diálogo entre os docentes das disciplinas biológicas, clínicas e sociais, para análise de questões de interesse mútuo.

A importância da abordagem dos DSS na formação de enfermeiros corrobora com os princípios da PNAB (2012), ao referir o trabalho no campo da atenção básica caracterizado por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, referencial esse que deve ser seguido por toda a rede, sendo a atenção básica a coordenadora e ordenadora do cuidado nas redes de atenção em saúde.

Ao direcionar que a formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento, as DCN evidenciam a necessidade da abordagem dos DSS pautarem todo o processo formativo (BRASIL, 2001).

5.2.2 Produção de Conhecimento: olhar segundo as necessidades do SUS?

Para se trabalhar o vetor produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS iremos permear a construção do conhecimento estabelecido nas disciplinas, nas vivências e pesquisas realizadas pelos egressos com o olhar para a APS, assim indo além das evidências propostas pelo Pró-Saúde, que são:

- a) Existência de investigação significativa e equilibrada, realizada no ciclo básico, relacionada à clínica e aos aspectos sociais de saúde e suas necessidades.
- b) Proporção significativa de pesquisas orientadas à atenção básica, em interação com os serviços de saúde e suas necessidades.
- c) Existência de proporção significativa de bolsistas de iniciação científica abordando temas que envolvem aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e de organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2007, p. 19).

As evidências nos fixam para uma construção do conhecimento por meio da pesquisa científica que acreditamos ser importante como também a articulação do ensino e da extensão, para dar conta das diversidades e pluralidades dessa configuração de sociedade do conhecimento.

Hoje vivemos a passagem da sociedade industrial para a sociedade da informação e do conhecimento devido as atuais necessidades, mudanças no sistema de saúde, aproximações e evolução de como os grupos se organizam em rede (conexão de cérebros humanos, instituições, livros e computadores) trabalhando a informação de forma multi e interdisciplinar, procurando gerar conhecimento novo, valorizado como sendo de livre circulação e acessibilidade O processo de produção do conhecimento é complexo porque é profundamente relacionado com a experiência individual e seu meio ambiente cultural onde se insere (SOUZA, IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

As DCN tentam orientar o caminho da produção do conhecimento com o estabelecimento das competências e habilidades a serem desenvolvidas no processo de formação dos enfermeiros. Tais competências e habilidades foram delineadas a partir do entendimento de que não há como transformar o sistema de saúde sem atuar na formação dos profissionais que nele atuam. Desse modo, processos de reestruturação das matrizes curriculares dos cursos de enfermagem em todo o País foram implementados, visando redirecionar a formação de seus profissionais

As diretrizes, portanto, tornaram-se um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação nessa profissão, apesar de ainda se observar IES conservadoras no que tange à maneira como ensinam e operam os conteúdos, adotando matrizes curriculares verticais, que não conseguem conduzir tais conteúdos de forma integrada como incitam as diretrizes (SANTOS, 2006).

Para melhor abordar esta categoria empírica, ela foi decomposta em três subcategorias: o olhar da construção do conhecimento para a APS nas disciplinas; o olhar da construção do conhecimento para a APS nas vivências; o olhar da construção do conhecimento para a APS nas pesquisas, abordadas a seguir.

5.2.2.1 O olhar da construção do conhecimento para a APS nas disciplinas

O ensino e o cuidado precisam caminhar de mãos dadas com toda a evolução ora presenciada, oportunizando em diversas experiências o cuidado do outro de maneira integral.

O cuidado integral no contexto de família se insere no SUS com a ESF. É complexo, e envolve a integração de diversos saberes e fazeres, que perpassam várias disciplinas, necessárias para o desenvolvimento de competências que permitam uma atuação fundamentada. Ao serem questionados sobre sua preparação para a atuação na APS, de maneira geral os egressos percebem que o curso prepara para atuar nesse nível de atenção,

porém realçam alguns aspectos que deveriam ser melhorados e singularidades do processo de trabalho relacionados ao saber fazer, à prática, reflexão crítica já possibilitada pela inserção no mercado de trabalho:

[...] do ponto de vista técnico? Sim, acho que não teria nenhum problema, já que a formação é boa, um ponto a melhorar é de não ter vivência mesmo, contato. Até o público também, o público da enfermagem da universidade, ainda é, mudou muito já, mas ainda é pouquinho elitizado de certa forma. É só chegar lá e perguntar de onde vem aqueles estudantes, você vai ver que são daquelas escolas particulares já tradicionais. Porque vive [...] poucos ali têm a vivência de vida no território e as vezes vê pouca coisa na faculdade e aí quando entra na vida profissional tem um estranhamento mesmo que é natural. Aí do ponto de vista técnico é razoável, mas do ponto de vista de visualização desse contexto as vezes pode faltar um pouquinho de vivência por isso, por conta das disciplinas estarem muito presas naquela sala de aula (EGRESSO 12).

Eu acho que a gente deveria trabalhar na enfermagem com os [...] com situações mesmo de ... um país pobre, um país em conflito, um país cheio de determinantes sociais completamente gritantes, difícil de lidar e quem que se ***** na história toda? (EGRESSO 7)

Acho que a teoria você vai amadurecer e até mesmo, é, memorizar melhor quando você vai pra prática, por que só estando na pratica a gente vai ver o quanto a gente não sabe (EGRESSO 2).

Para contemplar a vivência na realidade do sistema de saúde, uma das estratégias pedagógicas que deve ser adotada é o mergulho do acadêmico de enfermagem na prática do cuidado dentro dos contextos de trabalho em especial da ESF, pois a interlocução entre teoria e prática, entre ensino e serviço deve ser promovida no processo de formação em enfermagem, necessidade percebida nos discursos acima. Para se ter tal interlocução é necessário que as vivências se concretizem no cenário universitário, nos espaços de aprendizagem e na prática docente, o que se constitui em questão complexa e desafiadora (LIMA *et al.*, 2016).

Esta inserção desafiadora deve permear as disciplinas e possibilitar o contato o mais prematuro possível do estudante com o SUS tanto de maneira teórica como prática, pois o enfermeiro deve desenvolver na graduação competências de acordo com a individualidade, o coletivo e a organização do serviço primário no qual está interagindo (BENITO *et al.*, 2012), para isso precisa ser inserido.

Se percebendo a responsabilidade da IES em contemplar o saber-fazer-ser-conviver na atenção primária em consonância com o processo de trabalho do enfermeiro, indagou-se que disciplinas contribuem ou deveriam ter contribuído para a prática do enfermeiro na APS. Os depoimentos colhidos permitiram a construção da nuvem de palavras demonstrada na figura 2.

Figura 2 – Nuvem de palavras elaborada com base dos depoimentos sobre as disciplinas que contribuíram para o saber-fazer-conviver na APS. Fortaleza, novembro de 2016



Fonte: Autoria própria.

Como demonstrado a maioria dos egressos refere duas disciplinas como as principais na contribuição para sua atuação na APS que são enfermagem em saúde coletiva, o internato, enfermagem em saúde da mulher e políticas e saberes em saúde coletiva, e a minoria refere que de maneira geral todas as disciplinas contribuem de alguma maneira. Ao se questionar as disciplinas que deveriam ter contribuído predominaram três disciplinas: farmacologia; gerenciamento em enfermagem e enfermagem em saúde mental, porém outra diversidade de disciplinas foi relacionada como potenciais para contribuir no processo de trabalho na APS. Algumas disciplinas foram citadas como contribuição/ deveriam contribuir nos suscitando a análise de que a didática praticada pelo professor, envolvimento do aluno, e as vivências podem ser determinantes para potencializar a contribuição das disciplinas.

Conforme Queiroz (2014), a ementa da disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva demarca uma preocupação com o processo saúde-doença-cuidado e com intervenções contextualizadas e norteadas pela análise da situação de saúde do território, pautadas nas necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidade, e perpassadas pelo respeito e fomento à autonomia dos usuários. Além disso, trabalha aspectos da assistência de enfermagem na atenção programática a grupos específicos, tais como crianças, adolescentes, mulheres, adultos, idosos e trabalhadores.

Acho que todas contribuem. Seja da forma meramente técnica, olhar biologicista, mas mesmo assim contribui por que é importante também. E algumas já trazendo uma maior discussão, associando esses pontos. Eu acho que a gente tem alguma

disciplina, assim que sinceramente... que a gente teve com a epidemiologia que foi bacana. Aqui eu também não teria como falar de epidemiologia sem falar desse contexto onde o indivíduo se insere. A gente teve uma disciplina muito boa de Saúde Coletiva, que infelizmente é dada já no último semestre antes do internato, então fica muito pra depois e não tem a oportunidade de ser inserida essas outras formações seja lá qual for, acho que consegue ter um contato bem antes, mas esse contato na atenção primária com visualização de contexto é dado tarde, principalmente assim na Saúde Coletiva (EGRESSO 12).

A importância do Internato enquanto disciplina que contribui para maior apreensão sobre a realidade na APS é destacada no depoimento a seguir:

O internato com certeza, porque só a teoria em si, eu preciso ver, eu preciso estar no meio da comunidade, eu preciso sentir a comunidade principalmente, porque por mais que eu esteja nesse bairro, se eu dividir as micro áreas, cada um vai ter a realidade diferente, então pra eu enxergar o todo, tenho que diminuir em fatias, em micro áreas, então realmente tem que fazer isso e na graduação é importante, porque aproxima o acadêmico, tira ele da zona de conforto, coloca os pés mais no chão pra saber qual o tipo de paciente que eles vão atender futuramente, acho importante essa questão do internato, ela é muito válida mesmo porque é a aplicabilidade do que você aprende na teoria, ele consolida o que tu só viu no livro (EGRESSO 4).

A disciplina Enfermagem em Saúde da Mulher se propõe trabalhar com a atenção integral à saúde da mulher e abordar aspectos da consulta de enfermagem no pré-natal, no planejamento familiar e na detecção precoce do câncer de mama e do colo uterino (CEARÁ, 2007), mas na percepção dos egressos sobressai o foco na saúde reprodutiva e no ciclo gravídico-puerperal.

Eu acho que Saúde da Mulher foi muito bom, porque aí aborda a questão da prevenção e atenção a gestante e a parturiente (EGRESSO 3).

A disciplina de Políticas e Saberes em Saúde Coletiva inclui a discussão sobre modelos de atenção e da determinação histórico-social do processo saúde-doença-cuidado. Admite trabalhar com a gestão da informação como ferramenta para tomada de decisões e afirma abordar a questão da educação, da participação popular e da cidadania. Propõe ainda uma aproximação do discente com o processo de trabalho da Enfermagem realizado na ESF, buscando entender as atribuições do enfermeiro, do auxiliar de enfermagem e do agente comunitário de saúde (CEARÁ, 2007).

Políticas e saberes em saúde coletiva, demais mesmo, foi assim acho que base pra tudo nessa área. Psicologia aplicada a saúde também. Como eu te falei, nessa parte de atenção primária, a questão psicológica, o embasamento que a gente tinha com psicologia ajuda muito aqui. Enfermagem em Saúde Mental, mesmo que um pouco distante, é a mesma linha de raciocínio do que eu tô te falando, que aqui a gente vê muito. Enfermagem em Saúde da Mulher também. Criança e Adolescente também. Acho que só, que na verdade a gente acaba vendo um pouco de... é uma área muito abrangente, a gente acaba vendo em cada disciplina um pouco de cada coisa. O destaque com certeza, deve ser dado ao internato foi onde eu me apaixonei pela atenção primária, assim eu já pensava que eu fosse me identificar, aí quando eu cheguei eu confirmei que realmente era o que eu queria, era atenção básica, foi onde eu me encantei pela área (EGRESSO 5).

A visão dos egressos sobre essas disciplinas como potencializadoras e de ligação com a APS e que tal só acontece nos últimos semestres, o que fragiliza e retarda o contato do discente, por vezes podendo causar um estranhamento. Esse contato deve acontecer nos primeiros anos do curso (BRASIL, 2007), pois devido o cenário de trabalho no SUS e no mercado estar mudando, a APS passou a ser um espaço essencial para ajudar na formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo, preparado para atuar em equipe. Conforme Conceição *et al.* (2012), esse retardo pode ocasionar a reprodução de uma imagem fictícia de que os conhecimentos teóricos aprendidos na Universidade seriam suficientes para enfrentar a realidade da população.

Na dimensão das disciplinas que deveriam ter contribuído, a figura 3 demonstra o que sobressaiu dos discursos. O resultado gerado pela técnica “nuvem de palavras” evidencia principalmente as disciplinas “Farmacologia”, “Gerenciamento” e “Saúde Mental”.

Figura 3 – Nuvem de palavras elaborada com base dos depoimentos sobre as disciplinas que deveriam ter contribuído para o saber-fazer-conviver na APS. Fortaleza, novembro de 2016



Fonte: Autoria própria.

A disciplina mais evidente é farmacologia, que para os egressos deveria ter construído um embasamento para tomada de decisão referente às prescrições, porém se distanciou, refletindo na dificuldade na ação de prescrição de medicamentos, destacando-se a importância do foco curativista e hospitalocêntrico de atenção à saúde. A não contribuição da disciplina para a APS foi, sobretudo por não se aproximar e articular com a prática profissional dificultando o embasamento para a tomada de decisão.

[...] a nossa farmacologia ela não era uma farmacologia aplicada, ela era bem geral, eu acho que se ela tivesse um outro semestre de farmacologia clínica, aplicada, talvez ela tivesse contribuído mais, eu acho que nós deveríamos ser mais bem preparados, embora a disciplina de saúde coletiva em cada programa a gente vê, por exemplo, tratamento de tuberculose, hanseníase a gente vê muito bem essa farmacologia, saúde da mulher o que nós podemos estar prescrevendo no pré-natal a gente também viu, mais eu acho que a farmacologia ela poderia ser mais aplicada pra ajudar mais ainda, certo. Acho que essas mesmo, gerenciamento ajudou, embora gerenciamento de atenção básica eu acho bem mais assim, complexo do que de um hospital por que está muito, tudo muito voltado para o trabalho da enfermagem, eu acho que poderia ter ajudado mais, o gerenciamento de enfermagem às vezes parece assim, que detém mais, como se só na área hospitalar tivesse gerenciamento de escalas e na atenção básica o gerenciamento é feito pelo enfermeiro (EGRESSO 2).

A disciplina de gerenciamento se distancia da APS e, até mesmo, das DCN (BRASIL, 2001), pois deveria desenvolver a Administração e Gerenciamento de maneira a estimular nos profissionais aptidões de tomada de iniciativas, fazer o gerenciamento e administração, tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde em qualquer nível de atenção, e deve-se perceber que no contexto da equipe de Saúde da Família como sendo por vezes a peça fundamental na administração e gerenciamento das unidades de atenção primária. E em mais uma disciplina o eixo hospitalocêntrico é atravessado, deixando suas marcas e brechas mediante o processo de trabalho do enfermeiro como sobressai do discurso a seguir, assim como o foco enfatizado pelo docente.

A gerência, o gerenciar de enfermagem fica muito na parte hospitalar, então ela poderia dar uma atenção maior a unidade básica de saúde, certo? Porque o enfermeiro é o maior por mais que a legislação da UBS diz que todo mundo é corresponsável pela farmácia, pelos insumos, pelo almoxarifado, o enfermeiro é o que desempenha realmente a função e que tem a responsabilidade na prática. Então, deixa um pouco a desejar o gerenciamento, fica muito na parte de dimensionamento hospitalar, gestão e não abrange, não sei... por que a pessoa que... a facilitadora, ela é hospitalar, é gerente hospitalar e não tem a experiência da prática de UBS (EGRESSO 3).

A disciplina de enfermagem em saúde mental também se mostrou distante da proposta curricular e da prática profissional, sendo necessária uma maior atenção, pois os transtornos mentais hoje são muito incidentes. Segundo a OMS (2010), estima-se que um quarto da população mundial sofre de algum transtorno mental ao longo de sua vida. Com as mudanças da assistência psiquiátrica com a reversão do modelo hospitalocêntrico, novos serviços substitutivos vêm se consolidando e, para essa população, os serviços foram integrados, e a atenção primária também é a porta de entrada desse público (COSTA *et al.*, 2016). Os egressos referem dificuldades na tomada de decisão no cuidado de pacientes com algum transtorno, e a dificuldade se transpõe ao paciente adoecido, pois dificuldades de

vinculação e de administração de situação de conflitos também se perfazem como fragilidade no processo de trabalho.

Eu acho que a saúde mental, mais na prática que a disciplina de saúde mental na graduação ela é bem idealista, sabe é assim os transtornos são muitos voltados pra atendimento hospitalar mesmo e esses atendimentos de seguimento na atenção primária, transtorno de ansiedade, esses transtornos mais leves a gente não sabe como manejar muito, acaba aprendendo com o passar do tempo, com os pacientes, com tudo mais, esse manejo mesmo dos transtornos leves que pode mesmo até ser tratado na atenção básica, o ideal é ser no CAPS, mais você sabe que não está mais aceitando pacientes com transtornos leves, então todos vêm pra cá, aí a gente acaba assim sem saber como manejar esses casos. A minha cadeira de saúde coletiva foi excelente, eu pude ver todos os programas pude ter vivência, os professores são excelentes, desde os atendimentos de hipertensão, diabetes, pré natal, puericultura, todos. Tudo que tem de atendimento do enfermeiro foi bem esclarecido, sabe, eu gostei muito. O que deveria ter sido melhor era saúde mental mesmo, deveria ter sido mais direcionada para o campo (EGRESSO 11).

A saúde mental é atravessada por diversas características de ordem ideológica, política, social e cultural, estabelecendo uma maior complexidade na sua atuação. Essas complexidades são arraigadas em problemas vividos pelos pacientes que, por vezes, não são devidamente cuidados pelos profissionais da APS, pelo desconhecimento para abordar as situações que ultrapassam o seu saber-fazer. Conhecimento esse que deveria ser construído nas disciplinas; se esse primeiro contato não der conta, outras ações podem ser realizadas, como, por exemplo, as atividades de extensão e de educação permanente (LANCETTI, 2001).

5.2.2.2 O olhar da construção do conhecimento para a APS nas vivências

A Universidade deve articular as funções de ensino, pesquisa e extensão, sendo a última a mais nova e a que necessita de maiores investigações (SOUZA, 2000). Algumas pesquisas realizadas enfocam o processo de construção histórica da extensão e da sua inserção na construção e difusão de conhecimentos e ações que promovam uma interação entre a comunidade interna e externa.

Segundo Pinheiro *et al.* (2012), a realização de ações de extensão concomitantemente à graduação complementa e amplia o aprendizado por justamente aliar a teoria à prática.

Quase a totalidade dos informantes participaram na graduação de diversas atividades como iniciação científica, monitoria e/ou Programa de Educação para o Trabalho (PET), vivências no Liga Saúde da Família e no VER-SUS, atividades que aproximaram o processo formativo ao campo da APS.

A gente fez estágio também, tem o estágio que a gente participou que chama VER-SUS, que é a sigla de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de

Saúde, que era uma tentativa de apresentar o que seria o SUS, porque que nasce o SUS, porque que tem o SUS, para os estudantes da saúde, eu participei bem no início. Talvez tenha sido a primeira inserção na atenção básica (EGRESSO 12). PET, e quer queira, quer não... a monitoria, tá valendo ali que é do lado do PET. Fui monitora de anatomia, saúde mental e saúde da mulher. E saúde do adulto, também mas bem pouco, foi pelo PET já. Saúde da mulher e saúde do adulto foi pelo PET. Saúde mental foi pelo PROMAC, anatomia pelo PROMAC também. E... deixa eu ver o que mais. Contribuí assim pra ser mais desenrolada, sabe? Eu percebo que assim, que eu não fico no raso não nas discussões, eu desenvolvo um pouquinho mais. E eu não tenho muito medo de colocar alguns pontos de vista ... (EGRESSO 7).

Os depoimentos apontam que a inserção na vivência da extensão no campo da atenção primária despertou um novo olhar que vai facilitar a prática profissional dos futuros enfermeiros, o que corrobora com Monteiro *et al.*, (2009) que em estudo com os graduandos extensionistas revelou nesse público uma percepção de seu papel político e de sua responsabilidade social, compreendendo a comunidade em que atuam como protagonistas da própria história de vida, como cidadãos constituídos de deveres e de direitos, que devem ser garantidos no seio da sociedade e no contexto das políticas públicas de saúde.

Contudo, poucos egressos participaram de atividades que aproximam do lócus da atenção primária nas atividades de extensão, fazendo perceber uma limitação na aproximação desse cenário, possivelmente relacionada a limitações não apenas do curso mas também da IES na oferta de atividades de extensão.

Verifica-se que as experiências vivenciadas por meio da extensão contribuíram positivamente na formação dos profissionais, em consonância com as disposições das DCN e do PPC, apesar de ser tímida na integração com a APS. Formar para agir de modo criativo e inovador constitui um desafio, requerendo a (re)elaboração das abordagens e dos cenários de ensinar e aprender que tenham como estratégia norteadora a construção conjunta e contextualizada de conhecimento teórico e prático, em que discentes, docentes e comunidade sejam sujeitos ativos do processo ensino-aprendizagem (MONTEIRO *et al.*, 2009). Entretanto, tais vivências distribuem-se de forma limitada, não oportunizando a todos os alunos experiências em todos os níveis de atenção, importante seria que as experimentações dos cenários de práticas permeassem em uma maior diversidade na rede de atenção.

5.2.2.3 O olhar da construção do conhecimento para a APS nas pesquisas

Ao analisar a produção científica dos egressos é tímida a produção dos trabalhos de conclusão do curso realizados na APS, porém alguns tiveram o primeiro contato da APS,

devido a coleta de dados de pesquisas em unidades de atenção primária e consideram essa articulação de pesquisa importante.

Eu já entrei na faculdade, já buscando pesquisa, [...] estudei idoso, depois voltei pra criança, fui pra adolescente, me identifiquei com a saúde da mulher. Então assim, eu me permiti. No segundo semestre eu já tinha bolsa de pesquisa, quando voltei (da licença maternidade) fui pra CNPQ (bolsista de IC) até me formar e faz diferença realmente quem faz grupo de pesquisa, foi na pesquisa que eu conheci a atenção básica. [...] (EGRESSO 4).

Queiroz (2014), evidenciou ao analisar as linhas de pesquisa do curso de enfermagem que elas não demarcam uma preocupação com o SUS, mas podem agregar qualidade aos saberes e práticas dos diversos cenários que compõem o SUS. Mais especificamente ao contexto da ESF, a linha de pesquisa que mais se aproxima é Práticas de Enfermagem e Saúde Coletiva, uma vez que demarca em um de seus eixos temáticos a preocupação com a educação em saúde, família, comunidade, sociedade e cultura.

Os contatos com a pesquisa na área da saúde pública deveriam atravessar todos os discentes do curso de enfermagem, com o foco das necessidades do SUS, mas se percebe que por vezes a área da APS não fica em evidência, algo que Menezes e Guedes (2014), afirmam é que a atenção básica à saúde já aparece como segunda opção quando o assunto é a escolha do campo de atuação profissional e esse estatuto de segundo lugar já é visto como positivo, pelo entendimento da importância dessa área e da necessidade de fazer parte desse processo de expansão e consolidação do SUS.

Perpassando todas as interfaces das disciplinas, vivências e pesquisas, não se evidenciou investigação significativa e equilibrada, realizada no ciclo básico, seja relacionada à clínica ou aspectos sociais de saúde e suas necessidades, essa articulação do ciclo básico não é citada pelos egressos e o PPC não explicita essa evidência.

A existência de proporção significativa de bolsistas de iniciação científica abordando temas que envolvem aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e de organização dos serviços de saúde representam vivências significativas do curso no cenário do SUS, contudo a baixa realização de pesquisas orientadas à atenção básica, em interação com os serviços de saúde e suas necessidades se dá timidamente. Esta situação permite estagiar o vetor de produção do conhecimento segundo as necessidades do SUS no estágio II que caracteriza cursos com baixa produção de investigações relacionadas com a atenção básica ou com a gestão do SUS, resultado semelhante aos achados de Queiroz (2014).

5.2.3 Educação permanente ou capacitações?

Ao se abordar a educação permanente os egressos referiram as capacitações, reduzindo assim a compreensão da educação permanente como um processo de transformação continua. Ao tentar se aproximar as vivencias na graduação e o processo de trabalho atual, foram referidas as capacitações realizadas nos territórios de estágio e no processo de trabalho. Evidenciando mais a modalidade de educação continuada por não se permear um processo horizontal e sim vertical deliberado da gestão, acontecendo por busca própria dos egressos aos cursos e diversas instituições de ensino por necessidades da prática.

A educação permanente e educação a continuada são dois modelos de desenvolvimento de trabalhadores de saúde educativos dentro da saúde, a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde explicita que “a Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, p 64, 2006). Essa incorporação no cotidiano deve perpassar um processo de aprendizagem significativa, no qual o aprimoramento das práticas profissionais acontece mediante a aprendizagem de situações vividas no cotidiano de cada indivíduo e/ou coletivo levando em consideração os problemas enfrentados na realidade daquele espaço de trabalho, bem como as experiências que as pessoas possuem adquiridas ao longo do tempo.

Já a educação continuada se constitui em toda ação desenvolvida após a graduação, com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, definida por meio de metodologias formais. É o conjunto de experiências que vem em seguida a formação primária, permitindo ao trabalhador aprimorar e/ou aumentar sua capacidade, igualando sua competência com o grau de necessidade de cada região (BRASIL, 2006).

[...]que eu ainda participei foi matriciamento que a gente participou de um matriciamento lá no posto de saúde, participei também de reunião, se eu não me engano foi reunião de equipe lá também no posto de saúde mais assim um tema específico mesmo de capacitação, como é a educação permanente (EGRESSO 1).

Diariamente, tanto com os meus agentes de saúde com uma área com uma equipe como um todo, demais porque eu acho que ninguém consegue trabalhar sozinho, a gente trabalha em equipe, não adianta só o enfermeiro ou só o médico estar capacitado a gente tem que capacitar a equipe inteira, pra que aquele serviço aquele trabalho multidisciplinar ele realmente seja efetivo, então eu tenho sempre a preocupação de estar me capacitando pra ter condições de capacitar alguém, então eu tento sempre ta capacitando os técnicos de enfermagem, é, os agente de saúde que é o braço direito assim pra um enfermeiro, é bem interessante por que querendo ou não o agente de saúde ele também vai promover a saúde através da educação em saúde, ate mesmo agentes administrativos (EGRESSO 2).

Treinei. Treinei meus agentes pra hanseníase, pra tuberculose. Fiz o treinamento de vacinas, aí mudava. Eu também tive estagiários. Todo o tempo a gente tem

estagiários, né. A gente também fez um curso de amamentação, mas aí era com usuário (EGRESSO 3).

Segundo as DCN a educação permanente, deveria reforçar aos futuros trabalhadores do SUS a necessidade e importância do aprendizado contínuo, sendo necessário ter responsabilidade e compromisso com sua formação (BRASIL, 2001).

O Pró-Saúde direciona que é necessária a articulação da educação permanente (com o que?) e incentiva a incorporação de modalidades de educação a distância, bem como oferta de vagas de cursos de pós-graduação em áreas estratégicas ou com carências de profissionais qualificados para o SUS (BRASIL, 2007). Para esse vetor, o Pró-Saúde aponta como evidências:

- a) Promove a oferta de oportunidades de pós-graduação (quantitativa e qualitativa) de acordo com as necessidades do SUS, assegurando vagas para áreas estratégicas e carentes de profissionais.
- b) Organiza a capacitação em estreita articulação com a atenção básica, especialmente na Estratégia Saúde da Família.
- c) Incentiva a educação permanente para manter a capacitação da força de trabalho no setor, incorporando modalidades de ensino não presenciais e a distância (BRASIL, 2007, p. 20).

Conforme a percepção dos informantes Pró-Saúde a oferta de vagas de forma a suprir suas necessidades consonantes com as demandas do SUS/APS inexistente, a oferta de cursos *lato* ou *stricto* sensu não funciona por essa ótica, mas pela lógica interna da IES. Um possível caminho para a reversão deste quadro pode ser a oferta dos mestrados profissionais, atual tendência da instituição.

A maioria dos egressos não realizou cursos de pós-graduação *scripto* ou *lato sensu* por oferta do serviço, se dando por busca-própria, os casos diferentes se deram por convênios de estágio pactuadas com instituições privadas que ofertaram as vagas para enfermeiras que acompanham os alunos que estagiam em suas unidades.

Na segunda evidência os egressos citaram vivência em capacitações na graduação, mas minimamente na área da ESF. Por sua vez, na terceira evidência as capacitações da força de trabalho não tiveram vinculação com a universidade pública não foram mencionadas iniciativas nesse âmbito.

No PPC a referência da integração da graduação com o serviço refere ações como convite aos enfermeiros de serviços para ministrar conteúdos específicos no curso; estabelecimento de integração docente-assistencial, especialmente no internato, com os enfermeiros do serviço; promoção de cursos ou eventos similares em parceria ou tendo como público alvo, os profissionais do serviço (CEARÁ, p 54, 2007).

É imperativo para se pensar ações de educação permanente a parceria da academia com o serviço contemplando a necessidade de formação e aprimoramento de trabalhadores de saúde para o SUS possibilitando a transformação das práticas profissionais e permitindo aos diferentes sujeitos envolvidos assumir o compromisso ético-político com o SUS.

Este distanciamento da universidade com o serviço na oferta de educação permanente justifica se estagiar esse vetor no estágio I no qual os cursos caracterizam pela oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede SUS.

5.2.4 Olhares na integração ensino-serviço

Em relação ao vetor integração ensino serviço, Oliveira (2007), refere que as mudanças efetivas na formação e a implementação da melhoria da qualidade da saúde das pessoas é um grande desafio, sendo a efetivação da integração ensino-aprendizagem em saúde, uma alternativa potente por meio da articulação/integração com os serviços de saúde e a participação de organizações da comunidade (Oliveira, 2007).

A integração ensino-serviço pode ser compreendida como o trabalho integrado e pactuado entre discente e docente dos cursos da área da saúde e os trabalhadores dos serviços de saúde, tanto profissionais como gestores, objetivando a qualificação da atenção à saúde individual e coletiva, à formação e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). O fortalecimento da integração ensino-serviço representa uma ampliação das potencialidades de consolidação do SUS, pois na relação docente-discente vivencia-se o cuidado e o trabalho em saúde ainda na graduação, com o intuito de aproximar teoria e prática de forma contextualizada (BREHMER; RAMOS, 2014).

Não resta dúvida quanto à importância e a urgência de se efetivar a integração ensino-aprendizagem em saúde, em articulação com o serviço; essa representa tanto uma alternativa frente ao desafio da busca de mudanças efetivas na formação, quanto na implementação de melhoria da qualidade da atenção integral à saúde das pessoas.

NA formação é necessário que os discentes se insiram nos cenários de prática, para vivenciarem situações reais desde o início da graduação, de forma a assumirem gradativamente autonomia na prestação de cuidados à população (BRASIL, 2007).

Neste sentido, o Pró-Saúde corrobora que o esforço para a integração ensino-serviço deve procurar envolver a participação da comunidade e não apenas dos serviços de saúde; direcionar as ações para as necessidades de saúde da população, com base em critérios

de risco e em patologias predominantes, incluindo o cuidado em diversos níveis da rede de saúde; ter orientação coletiva das ações com a participação de todos os atores envolvidos no ensino, ajustando o cronograma do curso à lógica dos serviços. Tais ações devem englobar práticas de promoção, reabilitação da saúde e de prevenção de agravos (BRASIL, 2007).

O Pró-Saúde caracteriza o vetor interação ensino-serviço ideal ao conter as seguintes evidências:

- a) O esforço de integração ensino-serviço segue os seguintes parâmetros:
- envolve a comunidade como espaço social participativo;
 - centra-se nas necessidades de saúde da população;
 - conta com cobertura dos serviços com base populacional;
 - enfoque epidemiológico de risco e patologia predominante;
 - inclui cuidado de saúde em todos os níveis de atenção;
 - adota orientação coletiva com participação de toda a Escola;
 - ajusta o cronograma do curso à lógica dos serviços.
- b) A integração ensino-serviço público de saúde é exercida nas atividades de promoção, reabilitação da saúde e de prevenção de agravos (BRASIL, 2007, p. 21).

Na análise deste vetor surgiu a categoria “olhares na integração ensino-serviço” composta pelas subcategorias: a) “Insuficiências da articulação teoria prática: choque de realidade”; b) “Internato: divisor de água e suas limitações”.

5.2.4.1 Insuficiências da articulação teoria prática: choque de realidade

Para Paulo Freire (2011), os processos pedagógicos de ensino aprendizagem não significam apenas codificar e decodificar palavras e frases, mas, sobretudo, profundos processos de leitura do mundo, da vida, da sociedade, todos passíveis de serem superados, recriados e transformados, permitindo uma reflexão e ação perante a realidade.

Nessa perspectiva, o ato pedagógico é compreendido como práxis, em que teoria e prática se unem na ação ativa e libertadora, sempre mediada pela dialogicidade como método e pela horizontalidade como ontologia (CORREIA; BONFIM, 2008, p. 56).

A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira 'ativismo'. No entanto, quando se une a prática com a teoria, tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade (FREIRE, 2013).

A experiência das atividades complementares ofertadas pelo curso/IES como já demonstrado é insuficiente para contemplar a todos os discentes, um caminho possível para o curso é propor práticas na matriz curricular de forma que estas atravessem as disciplinas e de fato sejam realizadas.

Neste sentido, o estudo realizado por Queiroz (2014) demonstrou que a partir do quarto semestre o curso oferta disciplinas que contemplam atividades práticas. Contudo,

apesar de constar nas ementas das disciplinas, nem o PPC, seja os planos de ensino, estabelecem onde e como essas atividades devem ocorrer, ou seja, fica a cargo dos docentes, que por sua vez as conduzirão mediante suas iniciativas e possibilidades pessoais. Na visão dos egressos a forma como as aulas teórico-práticas são realizadas não é suficiente para apropriação do real, o que mais tarde, ao se inserir no serviço, é percebido como um choque de realidade.

Eu acho que todos os professores têm que ser da prática. Porque assim, a visão que muitos professores têm da enfermagem lá na faculdade, é uma e aí se você não for muito pé no chão quando você chegar na prática, você tem um choque muito grande de realidade (EGRESSO 10).

Acho que principalmente as professoras, no começo... eu acho assim: que o pessoal enganou a gente no começo... (risos). Eu vivo dizendo isso, mas é porque não fala as dificuldades (profissionais) no começo. Você quando vai pra uma coisa, você tem que saber tudo da profissão até as dificuldades. Porque não diz a realidade? Tá entendendo? Aí, vai falar no 7º 8º semestre faculdade, vai pro internato, já foi (EGRESSO 3).

(Um ponto) positivo, acho que a vivência em si, do aluno com o serviço, acho que é uma vivência única que aqui se depara muito vezes com o choque de realidade do serviço, algumas coisinhas que não tem no livro como a gente maneja, como acontece, o que a gente pode fazer e tudo mais, acho que pra vivência pessoal deles mesmo acaba sendo muito positivo aqui no posto. Negativo: Às vezes você fica um pouco frustrado, com algumas dificuldades do serviço coisas que você não vê nos livros, que não tem na sua realidade e aí impactando com esse novo, acho que seria essa (EGRESSO 11).

O “choque de realidade” citado se refere ao distanciamento da teoria para a prática vivenciada, a visualização do contexto do SUS durante a parte teórica, por vezes não é demonstrado da maneira como é, dificultando a interação do discente com os contextos sociais com os quais se depara em umas verdadeiras práxis. Como limitação das atividades teórico-práticas realizadas na formação os egressos destacam a carga horária insuficiente e a necessidade de desenvolvimento de algumas habilidades e atitudes, que apenas serão trabalhadas ao ingressarem no Internato.

A gente tinha uma carga horaria muito pequena, sabe!? de estágio, então, eu acho como sugestão seria ampliar essa carga de estágios pra gente poder conciliar mais o que viu na teoria com a prática, sabe, a gente vai no último ano pro campo, mas é importante que durante a realização da disciplina a gente consiga ter uma visão melhor de como é na prática, não que não tenha sido, mas acredito que foi pouco tempo durante as disciplinas[...] (EGRESSO 11).

Então assim, é muita informação, então acho que desde cedo deveria ser melhor trabalhado. Talvez a questão da lacuna, é o campo de estágio aumentar a carga horária, porque talvez joguem muito a responsabilidade pro internato, ah quando chega lá na frente... Mas acho que é uma caminhada, então tinha que ser melhor trabalhada no início. É mais ou menos isso (EGRESSO 4).

Consigo, mais é assim, a gente não teve muita prática, a gente tem mais prática é durante o internato. O internato contribuiu bastante, eu não me lembro nem se na saúde coletiva a gente teve pratica. Eu acho que teve mais foi assim, pouquíssimo, pouquíssimo. Que inclusive acho que o posto que eu fui aqui foi o posto que eu voltei (EGRESSO 6).

Acho que se não fosse o internato seria bem mais complicado pra gente atuar em qualquer que seja a unidade, a gente traz a experiência mais muito insuficiente,

mesmo depois do internato a gente ainda tem - com os problemas que o fluxo de saúde tem - dificuldade, quanto mais anteriormente que a gente não tem no cotidiano, que a gente tá lá num período e volta (EGRESSO 12).

Segundo Oliveira (2014), para termos “bons profissionais de saúde” é necessário adotar currículos que contemplem a realidade local nas experiências, de alunos e docentes, é fundamental para a mudança que se pretende na formação em saúde condizente com as necessidades do SUS. É *sine qua non* a imersão dos docentes e discentes na prática para formar profissionais capazes de exercer a práxis transformadora, não se tem aprendizagem significativa se o aluno não conhece e compreende a dimensão na qual aquele conhecimento se inter-relaciona; não se terá mudança de realidade se os profissionais de saúde não forem despertados para a ação- reflexão-ação.

Essa imersão deve vir organizada minimamente com plano de ação, pactuações com os profissionais do serviço, para não ficar desconectada com a teoria, porém pode e deve ser alterada referente ao que o cenário apresentar. Essa contextualização no primeiro momento de contato com os cenários deve ser orientada e norteada pelo docente para um melhor aproveitamento. O resultado de todo esse processo é o saber-fazer-conhecer-ser. Os discursos dos egressos mostram o distanciamento da proposta de uma prática agregadora de saberes:

Mas eu acho que a gente observava mais. Era mais pra observar. Se fosse pra verificar uma PA, ou aplicar alguma injeção. Mas assim, o estágio é superficial (na disciplina Semiologia). Eu encararia assim, ele não é tão profundo quanto o internato, ele é uma visão do que vem posteriormente. Mas aí até chegar no internato demora, eu acho que devia ser algo mais contínuo. Apesar de ser a partir do quarto semestre que se dá a semiologia, não sei se ainda é. A partir daqui é que começa, e o mais intenso é no internato, que é um ano (EGRESSO 4).

Alguns professores a gente percebe uma maior abertura para atuação, outros... as vezes é observacional, porque o aluno quer, as vezes é observacional porque o professor mesmo coloca isso. Mas aí tem uma questão, tem disciplina que é tão pequena que a gente passa por... tem campo que a gente passa por 3 dias, 2 dias, a gente entende que é difícil você chegar, se reconhecer, se situar e já desenvolver alguma coisa, é complicado mesmo, tanto pra um como pra outro. É aí como eu falei, tem muitas disciplinas que por conta do tempo talvez dificulte essa questão da atuação, então fica muito observacional porque a gente tem pouco tempo, a gente não se situa pra poder trabalhar. E aí dependendo do posicionamento do estudante principalmente, mas também do docente, isso vai mudar. Tem um conteúdo muito de visualizar, mas deveria não ser tanto assim, acho que deveria desenvolver muita coisa (EGRESSO 12).

Não é, até mais ou menos no final do curso, antes da gente entrar nesse internato era mais a questão da observação mesmo e você falar e perguntar e tirar dúvida, aquela coisa assim bem de fora mesmo da prática (EGRESSO 8).

Escolher melhor o preceptor também é importante, é quem tá lá na ponta pra receber aquele aluno. Não pegar um profissional que é frustrado como eu já peguei no meu estágio, escolher melhor realmente as pessoas que são recebendo, se realmente tem informação, tem vocação, se não vão deixar a pessoa mais frustrada ou deprimida por ter escolhido a enfermagem. Eu acho que isso é importante (EGRESSO 4).

O exemplo, o comprometimento e a disponibilidade para o diálogo são saberes necessários à prática educativa, afetadas por uma pedagogia da autonomia norteada pela ética universal do ser humano, fazendo-se necessário assumir o caráter político da prática educativa, considerando o aprender-ensinar como sinônimo de construir, reconstruir e transformar realidades (FREIRE, 2011).

A universidade, ao inserir os discentes nos cenários da prática, convoca a uma postura diferenciada, pois a presença do ‘aprendiz’ faz emergir a complexidade do cuidado que exige não somente elementos técnico-científicos, mas, também, uma mobilização afetiva diante de realidades adversas e, muitas vezes, marcadas pela violência, pela pobreza e pela vulnerabilidade.

O entendimento de que a formação e a atuação estão cindidas, resultando em um fazer acadêmico diferente de um fazer da prática, é um ponto instigante que emerge dos relatos dos profissionais. Na complexa e desafiadora experiência em estudo, avançar na sensibilização dos profissionais para o fortalecimento do papel do SUS como ordenador da formação constitui um desafio a esse processo de inserção e articulação para todos os envolvidos, e diz respeito a novas escolhas, interesses e disputas.

Depoimentos do adiado contato com a APS também se equalizaram. Sobre essa demora dos discentes, hoje egressos, com os cenários de prática, Brehmer e Ramos (2014) consideram que o contato entre o ensino e serviço de saúde deve acontecer desde o início do curso por contribuir a superar a fragmentação tradicional entre aprendizagem teórica e as vivências práticas. Vendruscolo, Prado e Kleba (2014) acrescentam que essa inserção permite uma formação com perspectiva inovadora e uma abordagem crítico-reflexiva e contextualizada.

A saúde coletiva que infelizmente é dada já no último semestre antes do internato, então fica muito pra depois. E não tem a oportunidade de ser inserida essas outras formações seja lá qual for, acho que consegue ter um contato bem antes, mas esse contato na atenção primária com visualização de contexto é dado tarde, principalmente assim na Saúde Coletiva (EGRESSO 12).

Os depoimentos apontam a importância na compreensão dos egressos, para o mais precocemente possível realizarem procedimentos que possibilitem desenvolver destrezas manuais, para diminuir os sentimentos de medo e insegurança.

A prática hospitalocêntrica tecnicista ainda é o modelo que rege a educação superior, deixando os discentes presos a essas práticas, porém apenas treinar técnicos competentes não é eficaz em atender as necessidades sociais que repercutem nos níveis de saúde da população (ALMEIDA-FILHO; PAIM; VIEIRA-AS-SILVA, 2014).

Passagem de sonda eu só tive realmente a oportunidade de fazer no internato em si, já quase lá no finalzinho porque é uma coisa que realmente não são todos os profissionais que querem deixar a gente fazer, que dão aquele suporte pra você tá lá com segurança e você realmente querer fazer. Porque não adianta também eu querer me meter a fazer um negócio que eu não tenho segurança, então eu não fazia dessa forma. Então era mais ou menos isso, durante o internato mesmo (EGRESSO 8).

Me deu uma bagagem teórico-prática, instrumental, me deu alguma noção do que é trabalhar em comunidade, mas eu acredito que ainda não consigo, ainda não sei, ainda estou aprendendo, não quero nunca fechar o conhecimento, pra realmente aprender a lidar com as dificuldades de, por exemplo, você tentar, eu quero combinar com o pessoal de fazer um grupo e isso não ser atrativo pras pessoas e você ficar lá esperando e não acontecer nada. Então a questão da comunidade: a comunidade tava lá e tem as especificidades e eu que tô chegando, como é que eu vou acessar elas, criar vínculo? Então, assim eu acho que eu quebrei o gelo, a universidade no curso de Enfermagem, me indicou algumas coisas (EGRESSO 12).

Para que o SUS garanta a todos a integralidade da assistência à saúde não se pode negar a APS como política prioritária, rompendo o modelo hospitalocêntrico. A APS deve ser aquela que, atuando como filtro, como agente regulador do sistema público de saúde, consegue evitar que pequenos problemas de saúde se agravem, resolvendo de imediato 85% dos problemas que surgem, sem a necessidade de encaminhamento para a atenção especializada, com preservação da saúde individual e coletiva (SANTOS; ANDRADE, 2010). Deve-se fazer um esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica, como estratégia privilegiada para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar.

Segundo Oliveira (2014) existe várias iniciativas que procuram integrar ensino e serviços de saúde, porém ainda são pontuais e precisam de maior harmonia com as necessidades de saúde da população, assim decorrendo uma urgente necessidade de aproximar e articular os dirigentes dos cursos e escolas da área da saúde e os respectivos gestores municipais e estaduais de saúde, com apoio das instituições federais dessas áreas, para promover uma objetiva discussão e efetiva integração entre ambos e com as comunidades envolvidas, até mesmo nas áreas mais remotas e/ou de mais vulnerabilidade.

5.2.4.2 Internato: o divisor de água que também é limitante

As modificações estabelecidas pelas DCN propõem que as IES se empenhem no desenvolvimento e avaliação das competências e das habilidades, dos conteúdos essenciais, das práticas, estágios e das atividades complementares. Um grande avanço nestas proposições foi a obrigatoriedade dos estágios supervisionados.

Art. 7º Na 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 hospitais gerais e especializados,

ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, p. 4, 2001).

O internato é uma modalidade do estágio supervisionado que acontece nos dois últimos semestres dos cursos, tem um lugar privilegiado do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro, integrando saberes e fazendo de modo mais contínuo e efetivo a articulação do ensino com o serviço.

Por proporcionar experiências de âmbito técnico-científico, com o desenvolvimento de funções com responsabilidade, ética, liderança, capacidade de comunicação e tomada de decisões, representa um momento ímpar de protagonismo no processo de ensino aprendizagem do discente. Vannuchi *et al.* (2012), inferem que o internato de enfermagem é considerado pelos egressos como a experiência acadêmica de maior significado para sua vida profissional, servindo como um potente espaço de discussão, reflexão e aprendizagem e os benefícios são estendido a todos os envolvidos, docentes, profissionais dos serviços e o serviço por possibilitar um maior fluxo de informações entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade.

Tais potencialidades são também percebidas pelos informantes deste estudo, que as referem e se percebem preparados para o mercado de trabalho a partir do empoderamento que vivenciam nessa prática alcançando um nível de autonomia e confiança.

E no internato, como nós temos três meses só para a atenção básica, o aluno querendo ele sai preparado, eu realmente consegui adquirir uma autonomia muito boa, procurei me dedicar bastante, então o serviço viu que poderia confiar em mim e eu realmente tive uma autonomia, pude dar uma assistência legal (EGRESSO 2).
Acho que se não fosse o internato seria bem mais complicado pra gente atuar em qualquer que seja a unidade (EGRESSO 12).

Vislumbra-se o internato como esse divisor de águas por permitir o ato pedagógico em si a visualização da bagagem teórica que carregam virando uma ação prática. As vivências no interno oportunizam o despertar para a curiosidade do conhecimento científico, e ainda suscitam contato multiprofissional, momentos em que a síntese do seu conhecimento é construída com as vivências ao contextualizar os seus conhecimentos, se almeja que apresente mudanças de atitudes, socializando o saber construído e aperfeiçoando a gerência da assistência vivenciada durante o internato (GARCIA, 2014).

[...] o que eu acho que mais contribuiu foi o internato, sem sombra de dúvida. Você fica quatro meses numa unidade, não é possível (EGRESSO 3).
[...] Eu consegui tirar muita coisa legal até por causa da vivência do internato. A gente perdeu campo de estágio, eu acabei indo pra Baturité, passei um mês enfiada no hospital, então assim deu pra viver muita coisa e foi importante pra mim (EGRESSO 7).

O internato na APS apresenta o processo de trabalho do enfermeiro na ESF, nesse momento ele vai compreender toda a complexidade e magnitude dessa área de trabalho de tão grande autonomia, aproximações com a comunidade gerando encantamentos e interesses nunca antes os apresentados.

A imersão na prática dos cuidados na APS corrobora decisivamente para uma formação sintonizada à reversão do modelo biomédico, em direção ao fortalecimento da APS e do SUS, pois se caracteriza como o elo vivo entre o serviço e a academia, garantindo uma ressignificação de saberes e (re)construção de práticas conforme as necessidades dos usuários (RODRIGUES et al., 2014).

O internato sim, que eu passei três meses, num posto, que foi até o Oliveira Pombo, ali acho que é regional 4. Com certeza, foi onde eu me apaixonei pela Atenção Primária, assim eu já pensava que o que eu fosse me identificar, aí quando eu cheguei eu confirmei que realmente era o que eu queria, era atenção básica, foi onde eu me encantei pela área (EGRESSO 5).

Eu vi a importância do enfermeiro, o quanto ele tem que ter conhecimento pra trabalhar eu já consegui ver o senso de responsabilidade que o enfermeiro tinha, pois tinha que estar em vários lugares ao mesmo tempo, tinha que ter aquele traquejo de trabalhar com pessoas muito diferentes, cabecinhas diferentes e até mesmo com a comunidade, pessoas diferentes que você tem que ter, estratégias diferente pra lidar (EGRESSO 2).

O internato é percebido, sim, como a vivência de maior potencialidade e significado para a visualização dos futuros profissionais na ESF.

Apesar de todo esse exponencial benefício, os egressos apresentaram lacunas e limitações no internato que devem ser trabalhadas para melhorar o perfil do futuro enfermeiro. As limitações nos dizem a respeito a priori da tamanha responsabilidade que é apostada nessa disciplina.

Não deixar a responsabilidade pro internato, tem que ser na graduação, desde quando ele entra com a perspectiva que ele tem do curso, se realmente não era isso que ele queria e estar fazendo, porque enfim não passou em curso A, B ou C, mas quer redescobrir a enfermagem dentro do curso. Na verdade, tem que mergulhar fundo mesmo, não ver o enfermeiro só na perspectiva assistencial, porque ele tem muitas outras atuações. Então assim, não ficar engessado, só quero ser da atenção primária, não, tem que enxergar o todo igualmente (EGRESSO 4).

Mas assim, o estágio é superficial. Eu encararia assim, ele não é tão profundo quanto o internato, ele é uma visão do que vem posteriormente. Mas aí até chegar ao internato demora, eu acho que devia ser algo mais contínuo. Apesar de ser a partir do quarto semestre que se dá, a semiologia, não sei se ainda é. A partir daí é que começa (práticas), e o mais intenso é no internato que é um ano (EGRESSO 4).

Para que se sustente uma prática pedagógica coerente, a escola necessita fortalecer seu coletivo, dedicar um tempo para pensar sobre si, sobre seu trabalho e com o grupo, refletir e agir em prol da proposta educativa a qual a escola se propõe enquanto coletivo educacional (TONIOLO, 2010). A escola precisa pensar e interagir nos cenários de prática e seus

trabalhadores de saúde, de maneira contínua pensando em transformação das realidades, rompendo uma prática utilitarista em descompasso com a integração ensino serviço.

Pronto, durante o internato, lá eu passei três meses na atenção básica, só que eu fazia, eu fiz três meses no final do ano e na atenção básica aqui de Fortaleza então era muito parado, muito, acho que o que mais tinha era prevenção, nem criança muito raramente, não tinha hipertenso, não tinha nada e era dezembro, novembro, outubro. Era um posto lá perto da universidade mais, não, abriu algumas coisas, eu pude aprender algumas coisas mais não muito. Tinha uma época quando a turma era muito grande o pessoal ia pro interior fazer internato... Eu acho que usufruía mais porque no interior realmente funciona muito mais do que aqui em Fortaleza. A minha prática não foi muito esclarecedora não (EGRESSO 6).

A seleção não atenciosa dos cenários de prática dificulta o desenvolvimento das competências e habilidades previstas nas DCN (FERNANDES et al., 2013).

Nas UAPS as carências no desempenho do trabalho local, a falta de recursos na comunidade e os problemas oriundos de infraestrutura física inadequada se devem ao fato de muitas delas funcionarem em casas alugadas, adaptadas para o funcionamento como unidade de saúde, sem inspeção dos riscos e insalubridade para a certificação em termos de qualidade (LEITE et al., 2012).

Além da preocupação com o cenário, deve-se preocupação também com os trabalhadores que compõem esse cenário. Na pesquisa de Montenegro e Brito (2011), o preceptor foi citado como elemento de interferência na qualidade do processo de formação profissional.

[...] durante o internato dá pra você fazer muita coisa mais eu não me lembro, pronto, no internato da saúde coletiva que foi do posto eu não me lembro de ter feito prevenção não, acho que ela só ficava, só deixava eu ver, a enfermeira lá (EGRESSO 6).

Quando chega para atuar como profissional muda um pouquinho porque as responsabilidades todas recaem sobre você. No internato não. Existe um profissional que é responsável. A gente tem assim... a gente passa a tentar visualizar de uma forma mais pragmática não perdendo a questão do que é importante, mas de visualizar sim. E é um aprendizado muito importante, a gente vê que não consegue atuar sobre tudo o que a gente gostaria. Tem alguns casos aqui, por exemplo, a limitação que a gente chega e quer resolver o problema do indivíduo, mas tem uma patologia já instalada e ele tem que ir pro especialista. A gente encaminha pro especialista sabendo que isso vai chegar daqui a um tempão, a gente duvida até que vá chegar (EGRESSO 12).

Mas no internato é como eu te falei, a gente tentava assim, interagir um pouco mais com os profissionais pra eles poderem deixar a gente fazer, mas era difícil (EGRESSO 8).

O momento do internato é de grande protagonismo e independência do estudante, porém se faz necessário para sua melhor efetivação, como as DCN recomendam, uma supervisão dos alunos que estarão envolvidos com os enfermeiros dos serviços. A definição de supervisão é dirigir, orientar ou inspecionar em plano superior, então, esse supervisor que deve ser docente da IES, cabe estabelecer mecanismos para facilitar a construção do

conhecimento e não uma postura de distanciamento com estratégias de acompanhamento pouco eficazes como nos falam os egressos:

Eu acho que o professor do internato, não sei se isso logisticamente seria possível (maior número de encontros), porque geralmente é um profissional pra dar suporte pra vários alunos, teria que ter mais encontros, tipo pra tirar as dúvidas, tá entendendo? Mais próximo (EGRESSO 3).

O portfólio seja uma estratégia (não adequada), porque você ali relata e tudo mais aí, (apenas descritivo). Relatar, eu relatei. Qual é o feedback? E outra coisa você entrega o portfólio no final, e aí já passou, tá entendendo? Poderia ter grupos de discussão, grupo de conversas na semana, pra discutir, um espaço, tá entendendo? Poderia ter outras ferramentas do que um diário de campo, né que você entregue no final, tá entendendo, e não tem feedback. Você entregou, pronto. Foi pra você passar (EGRESSO 9).

Assim é, pelo próprio tempo que eu acho que não é tão efetivo pra gente poder... porque, eu lembro muito no meu período que assim, eu tava fazendo internato, mas ao mesmo tempo pensando na monografia e era tudo muito corrido, eu não tinha tempo de colocar realmente aquilo ali em prática, escrever portfólio, fazer monografia, aproveitar tudo aquilo que o campo me oferecia né. Então talvez se eu tivesse um pouquinho mais de tempo pra eu vivenciar de uma forma mais prática mesmo aquilo ali, talvez eu tivesse tido mais aproveitamento (EGRESSO 8).

A realidade vivenciada requer formação docente dos profissionais enfermeiros docentes para, cada vez mais, avançar na implementação de estratégias de ensino atuais e inovadoras, valorizando o planejamento pedagógico participativo, em uma perspectiva libertadora (MOURA; MESQUITA, 2010; SAMPAIO; CADETE, 2013). Para, assim romper uma lógica de produtivismo sem significado prático nem teórico para o processo de ensino aprendizagem.

Estes achados classificam o curso em relação ao vetor de interação ensino-serviço no estágio II, ou seja, conta com alguma articulação da programação teórica com a prática dos serviços de saúde em poucas áreas disciplinares, predominantemente na atenção de caráter curativo, pois contemplou totalmente a evidência de integração ensino-serviço público de saúde ser exercida nas atividades de promoção, reabilitação da saúde e de prevenção agravos; contempla parcialmente a integração com níveis de atenção porém com divergentes prioridades e não contempla a comunidade como espaço social participativo e os ajustes do programa envolve uma lógica interna e não dos serviços.

5.2.5 Os caminhos da prática nos níveis de atenção do SUS

Conforme debatemos no eixo Orientação Teórica, uma das preocupações das DCN é a incorporação do princípio da integralidade na formação em saúde, de modo que os profissionais estejam aptos para promover o cuidado em todos os níveis de atenção da rede SUS.

Para que o egresso consiga no seu processo de trabalho saber-fazer-conviver nos nestes diversos níveis de atenção à saúde, precisa na sua formação experienciar práticas em cenários que os permitam vivenciar o cuidado e solidificar o aprendizado em igual proporção no nível de atenção primário, secundário e terciário.

O Pró-Saúde (BRASIL, 2007) evidencia que os cenários no qual irão se desenvolver o aprendizado prático deve ir além da diversificação dos equipamentos de saúde, deve ser adicionado equipamentos educacionais e comunitários. E essas vivências devem ocorrer desde o início da graduação, proporcionando situações mais próximas das reais e acontecendo a cada semestre um crescimento que vai sendo agregado de responsabilidades e autonomias cada vez maiores.

No vetor “utilização dos diversos níveis de atenção” o Pró-Saúde evidencia que:

- a) As práticas de atenção à saúde, ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade, distribuem-se nas seguintes unidades:
 - Unidades do SUS, em todos os níveis de atenção: Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, ambulatório geral, Rede de Saúde Mental, emergência etc.
 - Serviços próprios da Escola, igualmente integrados na Rede, na cobertura das necessidades da comunidade: Unidade Básica de Saúde, ambulatório geral e especializado, hospital secundário, (alta complexidade na pós-graduação).
 - Equipamentos sociais, incluindo escolares e da comunidade.
- b) A carga horária das atividades nos diferentes níveis de atenção deve ser coerente com as diretrizes curriculares e a proposta do Pró-Saúde.
- c) Na orientação das práticas o programa dedica atenção à gestão do cuidado de saúde, incluindo componentes de regulação, referência e contra referência, vigilância em saúde, aferição de resolubilidade (BRASIL, 2007, p.22).

Da fala dos informantes depreende-se que os cenários da formação são plurais, perpassando todos os níveis de atenção, porém o hospital sobressai, conforme demonstrado na figura 4. Tal achado é coerente com o estudo de Queiroz (2014) que investigou este vetor a partir da visão dos discentes, os quais apontaram a maior realização de atividades práticas no hospital em detrimento das práticas em equipamentos sociais.

Figura 4 – Nuvem de palavras elaborada com base nos depoimentos sobre os cenários de prática de um curso de enfermagem. Fortaleza, novembro 2016



Fonte: Autoria própria.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), conforme Salgado Filho (2007) ao definir o papel da educação superior, na prática e na formação acadêmica, destaca o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo presente, o que teria como resultado prático a prestação de serviços à comunidade não apenas de forma pontual, mas estabelecendo uma relação de reciprocidade.

A não percepção desse estímulo para a utilização de equipamentos sociais desqualifica o curso frente à primeira evidência do Pró-Saúde, que nos fala da necessidade de se ter como cenário as unidades da Rede-SUS.

Souza (2011), conjecturando sobre o cenário de ensino-aprendizagem, afirma que o problema não está no ensino centrado no cenário “A” ou “B”, mas está no ensino que prioriza excessivamente determinado ambiente.

O internato propõe incluir como experiência para alguns alunos no oitavo semestre a vivência na ESF, realizada em outros municípios, cita a carga horária a ser cumprida de 1020 horas nas redes básica, ambulatorial e hospitalar, mas não descreve de como deve ser realizada a distribuição dessas horas nos níveis de atenção (CEARÁ, 2007). Pensando em uma divisão igualitária pelos níveis de atenção ficaria 360 horas para cada. Apesar que, dessa maneira, o foco continuaria hospitalar, cenário principal na atenção secundária e terciária, reforçando o modelo hospitalocêntrico e curativista. Acreditamos que para romper com tal modelo se deveria dar uma carga horária maior para a APS.

Conforme os informantes os cenários são diversificados, porém se tem menos possibilidades na atenção primária, perpassando essa realidade desde as aulas teórico-práticas até o internato.

Pelas disciplinas, pelos estágios, por você pegar o internato como um todo e a forma como ele é esculpido você vê claramente que tem uma atenção ao nível secundário e terciário (EGRESSO 12).

Na parte hospitalar, com toda certeza. A atenção primária foram só os três meses. Três meses de atenção primária pronto, o resto tudo, aí tirando o CAPS também, o resto tudo é atenção hospitalar. Fiquei no IJF também, na parte dos queimados, foi logo o meu primeiro já pra impactar (EGRESSO 11).

Conforme Queiroz *et al.* (2016) deve-se buscar deslocar o eixo da formação centrada na assistência individual prestada em unidades hospitalares para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais do coletivo, instrumentalizando os profissionais para superar os problemas do processo saúde/doença da população. Isto implica estimular uma atuação interdisciplinar, multiprofissional, que respeite os princípios do controle social e do SUS, e que atue com responsabilidade integral sobre a população num determinado território.

Os achados referentes a este vetor permitem estagiar o curso no estágio I, por não ser evidente em completude nenhuma das concepções do Pró-Saúde, a primeira que é a utilização de cenários de diferentes complexidades, inclusive equipamentos sociais e na realidade dos estágios extracurriculares, a universidade não se articula para que o mesmo aconteça na atenção primária, a divisão da carga horária não respeita as DCN e não é dividida de forma igualitária, tendo um foco hospitalocêntrico e na gestão cuidado não se observou nenhuma iniciativa ou vivencia que tivesse esse olhar O estágio I se caracteriza por prevalecer o ciclo clínico com práticas realizadas ainda majoritariamente em instalações assistenciais hospitalares, conotação dos cursos mais tradicionais e conservadores.

A recente organização do sistema em redes de atenção à saúde requer das instituições formadoras uma diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, além do exercício clínico que leve em consideração os diversos níveis de atenção da rede, visando garantir uma atenção integral aos usuários. Superar o ambiente hospitalar como lócus prioritário de ensino-aprendizagem é um desafio a ser encarado por todos os sujeitos envolvidos nesse processo.

5.2.5.1 Inexistência de estágio extracurricular na APS

Os achados relacionados à categoria empírica “os caminhos da prática nos níveis de atenção no SUS” tencionaram reflexões que levaram a necessidade de enfatizar a inexistência de estágio extracurricular na APS como uma subcategoria, sobre a qual seguem algumas discussões.

As DCN do curso de enfermagem nos falam sobre as competências que devem ser construídas durante o processo de formação, competências essas que são de difícil integração quando se tem na maioria dos cursos uma prática de ensino conservadora no que tange à maneira como ensinam e operam os conteúdos, adotando grades curriculares verticais e estáticas com enfoque maior dentro da sala de aula.

A dificuldade dessa integração se dá pelas competências profissionais não se desenvolverem de modo desconectado do tempo e do espaço, apresentam uma natureza contextuais e mutáveis (ZARIFIAN, 2001). Para tentar aproximar, temos que ser inseridos nesse tempo e espaço, e o estágio durante o curso superior é um dos caminhos, e cresce de valor, já que instiga à reflexão sobre como é possível formar um profissional crítico, reflexivo, ético, sem o envolvimento dos atores sociais que permeiam seu campo de trabalho. Assim, a educação em enfermagem se estende para além da sala de aula, abraçando espaços do campo de trabalho quando o aluno realiza seus estágios (PAIVA; MARTINS, 2012).

Os estágios no curso de enfermagem se caracterizam em duas modalidades: curricular, também conhecido como obrigatório no qual o discente é supervisionado por um professor da instituição em que estuda; e o extracurricular, nomeado também de não obrigatório, sendo o acompanhamento realizado por um enfermeiro que trabalha na unidade de saúde onde o estágio é realizado (PAIVA; MARTINS, 2011). Em ambas as modalidades, o aluno constitui aproximações com o profissional enfermeiro, tendo este a função educativa presente no seu dia-a-dia como um compromisso pessoal e profissional, com o objetivo de melhorar a qualidade da prática profissional e a formação de trabalhadores de saúde capacitados.

Os egressos foram perguntados sobre suas experiências em estágios extracurriculares, e a maioria afirmou ter realizado, apesar das dificuldades, e desmotivação por alguns docentes do curso.

A maioria dos professores são com esse olhar muito pra isso (a assistência hospitalar), estimulam pra carreira acadêmica e poucos estimulam pra carreira profissional (grifo nosso) mesmo da assistência, eu pude perceber muito isso durante o meu estágio mesmo extracurricular algumas me estimulavam, assim eu pedia opinião a algumas antes de iniciar, algumas opinaram que não seria interessante, por

que não ia valer a pena, desgasta muito, mas outras já incentivavam a ir que era uma experiência muito boa e tudo mais, mas eu pude perceber que a maioria assim não lida como se isso fosse uma coisa produtiva para o aluno sabe (EGRESSO 11).
 [...] o que falta é isso (estágio) extracurricular, (que) não é estimulado pelo fato da faculdade ser integral, é o dia todo ali dentro e eles querem assim, por exemplo, se você participar do grupo de pesquisa, você tem que se dedicar 100% àquele grupo de pesquisa. Aí fica a desejar a prática, não estimula. E a falha que eu acho, *não é só da faculdade não promover a prática não dar* (grifo nosso) abertura... além da faculdade, os próprios serviços não aceitam, não estimular essa inclusão dos alunos (EGRESSO 5).

O papel das universidades deve ser de orientação e educação quanto à importância da escolha de um estágio extracurricular adequado às leis vigentes, a procura por campos conveniados à IES e que as atividades exercidas estejam em consonância com as suas competências (VIANA *et al.*, 2012).

Os estágios se tornam mais difíceis pelo curso se organizar em período integral, dificultando que o aluno tenha horas livres para participar de estágios curriculares que compõem os “atos de currículo” (MACEDO, 2012). Fazendo que por vezes se utilizem de estratégias outras para essa inserção em cenários de prática, como nos fala o depoimento abaixo:

Acho que nem tanto, por exemplo, nesse sentido, do meu estágio facilitou pra caramba, porque foi fruto de um projeto de extensão. Acho que como um todo não, por ser uma carga horária integral, aí tem benefício e tem malefícios também. Quem desenvolve alguma atividade extracurricular de maior carga horária vai ter que fatiar um semestre. E tem colega de curso que faz, de fazer um semestre em dois ou então de ficar com metade das disciplinas em um período e metade nos outros pra assumir uma atividade extracurricular. E aí tem uma questão porque hoje em dia com a gente tem um abrutamento muito grande da classe, tem muita gente saindo e que não ta nem conseguindo trabalhar, as vezes o estudante busca algo nesse estágio pra ter garantido quando ele terminar, não ter problema de ser inserido no mercado. Não é só o que eu queria, também queria aprender muito mais nesse sentido também, mas isso já ta acontecendo lá na universidade, tinha que atrasar o curso, fatiar o semestre por conta da carga horária dificulta, mas na minha vivência facilitou porque o estágio que eu fiz foi através da universidade. Contribui, acho que no momento que você ta lidando com gentes, no plural, acho que você ta aprendendo e tudo isso você traz pra atenção primária, seja lá onde esses contatos ocorreram (EGRESSO 12).

Os estágios extracurriculares podem trazer contribuições como prazer em ajudar e fazer o bem, autoconfiança, apoio recebido e antecipar sentimentos negativos que seriam vividos nos estágios curriculares ou até mesmo na prática profissional, que são ansiedade, culpa, angústia, insegurança, medo, vergonha, impotência (SALOMÉ; ESPÓSITO, 2011)

Em relação aos cenários dos estágios extracurriculares, a maioria estava vinculado ao Pró-Ensino da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), cujos cenários citados foram: SAMU Ceará, HEMOCE, Coordenadoria de Gestão do Trabalho da Educação em Saúde (CGETS), Hospital São José e Vigilância Epidemiológica da SESA. Entre os demais, foi citado um

estágio no COREN, Hospital e Maternidade Gastroclínica, Hospital Monte Klinikum, Hospital São Carlos, Hospital Frotinha da Parangaba, no Presídio pela Secretaria de Justiça.

Apesar de compreender o estágio extracurricular como (mais) uma oportunidade para que o acadêmico de enfermagem forme e desenvolva suas competências profissionais, evidenciou-se que a APS não é cenário de prática para essa modalidade de estágio, é inexistente a prática de estágios extracurriculares nesse cenário, o mais próximo é a visita em unidades de saúde, devido a demanda de estágios se concentrar predominantemente na gestão.

Na Vigilância Epidemiológica eu tinha muito contato com essa parte de notificação, é, entrar em contato com as unidades e deu pra ver um pouco da visão do que lá tem daqui. E quando eu vim pra cá, eu vi o que tem de lá, entendeu? Totalmente contrários né. Ainda mais que eu trabalhei na época do surto de sarampo, mas queria entender porque (EGRESSO 10).

Se faz necessário aproximar o discente da APS vislumbrando uma identidade de trabalho para a ESF, o que é fundamental para sua construção de conhecimentos, se não forem dadas possibilidade de mergulhar e conhecer as potencialidades desse nível de atenção e complexidade de cuidado durante a formação, não conseguiremos romper com a lógica hospitalocêntrica e tecnicista, e não estaremos formando profissionais para as necessidades do SUS.

Para Almeida *et al.* (2012) a inserção do aluno de graduação nas Unidades Básicas de Saúde provocam inserção comunitária, conhecimento, qualificação da atenção, criticidade, consciência da realidade social na qual estão inseridos e capacidade para desenvolver ações voltadas à prevenção, promoção e educação em saúde, ou seja, profissionais socialmente referenciados e comprometidos como orientam as DCN.

Apesar dessa diversidade de aspectos positivos, percebe-se o desafio, uma vez que, embora as políticas de cuidados primários de saúde tenham se consolidado cada vez mais, ainda existem dificuldades quanto à formação dos profissionais que atuarão no campo da APS.

Nesse sentido, os currículos das universidades são o reflexo das concepções dos profissionais que estarão trabalhando com vistas à consolidação do SUS no Brasil. Docentes, discentes e trabalhadores do SUS devem estar comprometidos com as transformações que são imprescindíveis para diminuir a dicotomia entre teoria e prática durante a formação acadêmica, entre discurso e ação concreta na realidade para a aproximação da APS. É necessário o debate contínuo no interior do SUS, no interior da sociedade civil brasileira e no interior das universidades para que se possa reconhecer e diminuir a fragilidade do processo de construção social da saúde no Brasil (SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011).

5.2.6 Fragilidade na integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde

Esta categoria subsidia a análise do vetor “Integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde”.

Frequentemente, os serviços oferecidos pelas IES seguem sua lógica própria interna, vinculada mais às demandas de ensino e pesquisa, que às assistenciais reais e à função desses serviços, na rede SUS. Por vezes, cria-se uma clientela cativa, da qual parte poderia ter sido referenciada da rede básica, bloqueando-se o acesso a outros que teriam indicação para a utilização de recursos mais sofisticados (BRASIL, 2007).

Neste sentido destaca-se que A IES em estudo não dispõe de um serviço articulado com a rede SUS, mas os egressos identificaram algumas vivências na universidade, que poderiam, se potencializadas e organizadas, sedimentar o contato dos alunos com experiências de cuidado e se constituir em serviço de atenção à saúde na rede.

As evidências desse vetor trabalhadas pelo Pró-Saúde são:

- a) Trata de assegurar equidade no atendimento em que participam os estudantes. O sistema de marcação de consultas e internações de todos os serviços utilizados (unidades básicas de saúde, ambulatórios, hospitais de média e alta complexidade) deverá estar centralizado e subordinado ao SUS;
- b) Os hospitais universitários e clínicas de ensino próprios das IES articulam os mecanismos de referência e contra referência com a rede do SUS (BRASIL, 2007 P.23).

É urgente a necessidade de aproximar e articular os dirigentes dos cursos e escolas da área da saúde e os gestores da educação, para promover uma objetiva discussão e efetiva integração entre ambos e com as comunidades envolvidas, até mesmo nas áreas mais remotas e/ou de mais vulnerabilidade. Para que o conjunto de experiências que procuram integrar ensino e sistemas e serviços de saúde, deixem de ser pontuais e desarticuladas com as realidades de saúde da população (OLIVEIRA, 2007).

Eu fui voluntária por um tempo no ambulatório aqui do LAPRACS, chamado de elefante branco (“Patativa do Assaré”) isso, eu fui voluntaria uma época lá, principalmente pra comunidade, funcionários que trabalhava, na faculdade (EGRESSO 2).

Lá dentro da universidade mesmo a gente tem um ambulatório, que as professoras de enfermagem tomam de conta. Eu pude participar de algumas atividades como: palestras sobre DST, hipertensão, diabetes, promoção da saúde mesmo lá dentro da própria universidade no ambulatório (EGRESSO 11).

Sim participei, a gente participava, de um ambulatório que tinha aqui na universidade, não sei se ainda tem, era ali no elefante, ai era justamente nessa época de práticas em saberes de saúde coletiva que a gente fez uma atividade lá, agora tinha a questão da verificação, sinais vitais assim, pressão, peso e se eu não me engano também tinha alguma, atividade, não sei se era exame ou teste rápido, não lembro (EGRESSO 6).

Atividade pra comunidade!? A gente fez, não foi pra comunidade assim o abertamente, mais eu me lembro que a gente fez pros servidores da universidade, mas pra comunidade em si numa praça, essas coisas assim não (EGRESSO 6).

Os egressos citam as fragilidades da interação destes serviços com os da RAS, da importância desses serviços como mais um catalisador dentro do SUS com uma via de mão dupla para a formação e um suporte para a rede de saúde.

Eu acho que os momentos vivenciais no SUS, são os mais ricos sabe? Não adianta ficar em sala de aula preso, não é você ficar preso em sala de aula enquadrado, se não tá próximo de fato mesmo da demanda, das necessidades da comunidade, então eu acho que a proposta do VER-SUS. Talvez uma clínica, porque o seguinte, a policlínica, ali onde agora é o Dom Aluísio Lorscheider, tinha uma proposta de ser mais próximo da universidade, mas é aquela coisa extremamente fechada: o pessoal vai fazer uma sala de espera, fica por lá e faz não sei o que e volta pra faculdade. Ainda tá muito na tutela de um profissional eu acho que ainda tá faltando fazer acontecer pelos próprios estudantes. Então, permitir ter um espaço desse fazer acontecer, eu acho que seria interessante dentro da universidade mesmo. E eu acho assim: VER-SUS, estar mais inserido na comunidade, que eu acho que a gente não tá inserido aqui na Serrinha. Não tem um ponto de encontro que as pessoas realmente se engajem, então, assim talvez, esses momentos mais vivenciais. Aula? Assim a gente poderia ter tido mais, potencializar melhor esses momentos, esses encontros, mas aula a gente só vai ter o norte. A formação mesmo é vivencial (EGRESSO 7).

A faculdade poderia ser um ponto de apoio para o posto, fizemos um grupo uma vez com idosos, penso que se esse grupo tivesse uma permanência e continuidade seria muito positivo para todo mundo (EGRESSO 3).

Para Brehmer e Ramos (2014), ainda nos distanciamos do que diz a Constituição Federal de 1988, quanto à organização dos serviços, em relação a assumir seu compromisso de corresponsabilidade pela formação profissional. Porém, as IES não priorizam totalmente em suas organizações todos os subsídios imperativos para a formação efetivamente integrada ao SUS. Devendo-se buscar maior sensibilização institucional bilateral, além de incitar momentos de reflexão e avaliação presentes nas práticas, é indispensável o envolvimento de todos para preencher lacunas desde o planejamento das atividades curriculares até a pactuação de todos nos objetivos das práticas.

Compreende-se que a universidade pública de caráter estadual tem suas limitações, muita das quais relacionadas ao financiamento para prestar serviços mais sofisticados de forma permanente à comunidade. Contudo há um grande potencial de ações que poderiam ser realizadas, por exemplo: será que as atividades de grupos de educação em saúde não poderiam ser articuladas com a RAS, de forma a atender necessidades específicas? O que além do mais está previsto nas DCN quando refere que a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (BRASIL, 2001).

5.2.7 Práticas dos profissionais a partir da sua inserção no serviço e na comunidade

Esta categoria subsidia a análise do vetor “análise crítica da atenção básica”, o qual preconiza que se deve ter um olhar que proporcione uma análise crítica da APS, reafirmando os princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade das ações estabelecidas para o SUS, provocando experiências que tenham interface com a intersetorialidade com os demais níveis de atenção à saúde. A problematização das vivências, o aprendizado responsável e o imperativo ético do compromisso de cuidar melhor das pessoas são aspectos imprescindíveis do processo formativo (BRASIL, 2007).

A análise da situação de saúde implica compreender as ‘causas das causas’ das iniquidades socio sanitárias, expressas muitas vezes como problemas ou necessidades de saúde, além da identificação de oportunidades para intervenção (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

As evidências do Pró-Saúde para caracterização da imagem objetivo devem conter:

- a) A Escola enfatiza o aprendizado prático, no qual o estudante, com participação dos profissionais dos serviços e professores, adquire responsabilidade progressiva e crescente, tendo em vista a permanente melhoria do atendimento à população;
- b) Os estudantes, na prática de atenção à saúde, procedem à análise integral e sistemática do processo saúde-doença nas suas várias dimensões (individual, familiar e coletiva) por meio da problematização de situações vivenciadas.

A percepção analítica para dar conta do vetor análise crítica da atenção básica emergiu dos questionamentos de como se organiza e estabelece o processo de trabalho do enfermeiro na APS e, diante da caracterização, os egressos descreviam sua análise da situação saúde de onde estão inseridos como profissionais hoje e a percepção que tinham durante a graduação.

A primeira evidência aborda o aprendizado prático e sua interação com o cenário para transformá-lo, esse contexto já foi anteriormente abordado na categoria empírica “Insuficiências da articulação teoria prática: choque de realidade” do vetor cenário de prática, onde se caracterizou o choque de realidade pela demora na inserção nos campos da APS causando estranhamento e a dificuldades da interação com os profissionais do serviço e serviço de saúde. Apresentamos então neste tópico alguns depoimentos que fortalecem os achados:

Sim, claro que tenho que adequar algumas coisas, a gente aprende muito assim aquele 100% como é pra ser, mais as vezes a gente não sabe como é a realidade do serviço o que é que tem disponível pra gente e tudo mais, mas em geral sim a gente consegue juntar esse conhecimento com a pratica, com certeza, eu sempre lembro muito assim algumas coisas sabe das aulas, mais assim aqueles pacientes de livros são muito difíceis de existirem na realidade e as condutas dos livros também (EGRESSO 11).

A gente tem algumas dificuldades que talvez, como eu te falei alguns possam ter por estranhamento desse tipo de território, por não viver, por não ter vivenciado na universidade, não viver no cotidiano (EGRESSO 12).

Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2016), percebem essa dificuldade de interação como um distanciamento das IES com os profissionais, pois por vezes os discentes/docentes se comportam como se a universidade alugasse os serviços de saúde trazendo, assim, a noção de ‘estar junto’ no lugar de ‘fazer junto’, fazendo com que o acompanhamento do aluno fique com o fardo de causar uma sobrecarga de trabalho.

Para Merhy (2012), na produção do cuidado, é essencial que os envolvidos – sejam profissionais, usuários, docentes ou alunos – estejam abertos ao encontro, pois, sem um posicionamento para trocas, não há afetamento entre os pares ou abertura às várias formas de vinculação que ali estão sendo geradas, o que não resulta em um fruto significativo.

O contato e problematização dos cenários fortalece a integração entre a teoria e prática, sendo estratégia relevante para uma formação condizente com a realidade e fortalecendo o papel do SUS como ordenador dos trabalhadores da saúde.

A segunda evidência cita que os estudantes devem proceder a uma análise integral e sistemática do processo saúde-doença nas suas várias dimensões por meio da problematização de situações vivenciadas.

Engraçado, assim, porque a questão dos determinantes de saúde e doença, as pessoas falavam muito na sala de aula, mas não problematizavam. Então, eu via a questão da discussão assim: “ok, saúde e as doenças, esse conceito tá ultrapassado e pá pá pá e aí vamos discutir? Bora discutir.” Mas não passava muito, ficava tudo muito raso e aí essa problematização não era feita simplesmente, no campo de prática (EGRESSO 7).

Isso. A gente faz a partir de que visualiza problemas, e trabalha a partir do que a gente tem pra chegar no local, que traga maior produtividade de resolução mesmo, problematização com o usuário do SUS. A gente está muito mais próximo, da mesma forma que as atividades desenvolvidas na universidade também, mais próxima da educação continuada do que da educação permanente. (EGRESSO 12).

Ao se problematizar a realidade vivenciada na APS, o conhecimento dispara para encontrar a “causa das causas”, reconhecendo os profissionais, usuários, território vivo e serviço contribuindo para (re)ver as concepções arraigadas que devem ser mudadas.

Ao permitir a aproximação entre teoria e prática, a metodologia da problematização possibilita ao aluno preparar-se melhor para encontrar respostas, mesmo complexas, aos problemas de saúde, levando em conta os determinantes sociais que influenciam nas condições de vida e nas intervenções em saúde (VILLARDI, CYRINO; BERBEL, p. 49, 2015)

O processo de trabalho do enfermeiro na APS segundo Takemoto (2005) revela transformações positivas na dimensão do cuidar e um avanço para a construção de um modelo usuário-centrado, com incorporação do acolhimento, vínculo, ampliação das ofertas de ações assistenciais e rearranjo das relações entre os trabalhadores e usuários. Todavia neste estudo o que sobressai dos discursos dos egressos é um o processo de trabalho ainda fortemente influenciado pelo modelo biomédico, hegemônico e procedimento-centrado.

Todavia, infelizmente, o processo de trabalho cuidar do enfermeiro permanecia ainda fortemente influenciado pelo modelo biomédico, hegemônico e procedimento-centrado. Com um olhar desde a graduação, uma constatação que se fez evidente foi a do enfermeiro como o protagonista, o principal gerente do cuidado.

Eu percebo ainda que o processo de trabalho, ele não gira em torno de uma equipe, ele ainda gira em torno de um profissional que é o enfermeiro. É cansativo, porque é como eu falei, não tem senso de equipe. É *euquipe* (grifo nosso) enfermeiro, o dentista fica lá só vê dente, o médico não quis fazer uma atividade de promoção em saúde na escola comigo porque disse que não vai trabalhar com gente saudável. “Lá vou trabalhar com gente saudável, que não tá precisando” e organizar e administrar o cuidado para um coletivo fica com quem? Você sabe a resposta! Enfermeiro (EGRESSO 7).

O gerenciamento e administração do cuidado não se tornam integral quando é um profissional na dimensão da gerência do cuidado, deverá existir uma visão interdisciplinar, ou seja, que não inclui somente o enfermeiro, mas todos os profissionais envolvidos no cuidado na ESF, pois o cuidado integral ao usuário deverá ser planejado coletivamente, isto é, de forma cooperativa e compartilhada entre a ação de todos os membros da equipe de saúde da família (FERNANDES et al, 2015).

A ESF deve responder a uma nova compreensão da saúde, não mais curativista, mas, sobretudo, voltada para a promoção da qualidade de vida e para a intervenção nos DSS. É uma estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo assistencial brasileiro, viabilizando a efetivação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS (FERNANDES, 2012).

Na análise da situação em saúde dos serviços nos quais os egressos estão inseridos, por vezes, os mesmos fizeram crítica ao modelo de gestão que desvirtua do qual a ESF se propõe, sendo focado em modelo de assistência, da doença e usuário centrado.

E a minha atuação diária, como posso dizer!? vamos lá, depois dessa nova gestão alguns programas ficaram muito enxutos em relação à demanda espontânea, por que essa atual gestão está dificultando muito o nosso trabalho, assim por que a gente acaba sendo muito sobrecarregada em relação à triagem direto (atendimento da demanda espontânea) aqui é de 07 às 19 horas, a gente intercala entre as enfermeiras, mais assim pra tu ter ideia veio uma gestora uma das tutoras aqui do posto semana passada pra realocar a gente sabe, aí ela simplesmente deixou os nossos 10 turnos, ela simplesmente deixou somente três turnos pra demanda

agendadas (consultas aos programas do MS) e todos os outros turnos pra triagem, então assim a gente se vê numa situação muito difícil por que, o tempo que a gente tem pra estreitar laços com o usuário, que seria pré-natal, puericultura, hiperdia, visita domiciliar, tu imagina isso aí enxugado em três turnos, então assim a gente tá tendo aqui de “tirar leite de pedra mesmo” esse é o termo porque, a gente se vê numa situação que é de extremo estresse mental, tanto pra gente profissional como pros usuários e eu acho que isso está dificultando muito a nossa prática sabe, mais assim a gente tenta fazer o que a gente pode, tenta ser muito bom no que faz, mais está uma situação muito difícil tanto pra enfermeiras, como pra medicas e assim é questão de gestão mesmo, mas as nossas atividades a gente atende pré-natal, puericultura, consultas de hiperdia, tem as visitas domiciliares, e ainda tem que encaixar a saúde mental dos usuários, tem que encaixar os grupos, eu comando um grupo de idosos aqui no posto mais, eu estou me vendo numa situação muito difícil por que esses tempos que eu tenho pros grupos tem que ser enxuto mais ainda, mais do que já é, é uma reunião quinzenal que a gente tem e a gente precisa dar conta da demanda que a gente tem do usuário, mas é isso, a gente tenta se virar como pode. A gente está vendo que o nosso trabalho está sendo muito dificultado, sabe? Com essa nova gestão, quando eu entrei já era assim, quem percebeu mais foi quem já estava com a mudança de gestão, eu já vejo uma dificuldade imensa, imagina a pessoa que já estava acostumada de uma forma, a maioria dos horários era para os programas, era uma manhã inteira para os pré natais, agora ele quer em 2h, eles querem que você atenda assim em uma velocidade de 15 minutos para cada paciente. Tá complicado, né?! A gente vai tentando (EGRESSO 11).

Percebeu-se que os egressos possuem uma opinião crítica sobre o novo modelo implementado na ESF, de um município, na atual gestão. Estas opiniões foram direcionadas a consultoria realizada na APS no município, que têm burocratizado e enrijecido o trabalho na ESF. Nesse modelo, a ênfase é dada ao paradigma biomédico, esquecendo a prioridade da APS na promoção de saúde e prevenção de doenças.

A apropriação acerca das dificuldades vivenciadas na Saúde atualmente e, em especial, no cenário da ESF foi mencionada por todos os egressos que atuam nesse município, sendo relevante, pois neste cenário está a metade dos egressos entrevistados. É possível fazer uma relação deste cenário com o contexto mundial político e econômico que trabalha com a ideia de um mercado neoliberal, com a lógica de consumo e não com um projeto sanitário de uma saúde universal, integral e com equidade (GOMES *et al.*, 2010).

A análise desta categoria possibilita caracterizar o curso no vetor “análise crítica da atenção básica” no estágio II, que se evidencia por apenas algumas disciplinas de aplicação clínica do curso proporcionarem oportunidade para análise crítica da organização do serviço e com problematização das situações vivenciadas.

5.2.8 (Des)Integração e (in)coerência dos ciclos básico e profissional

Esta categoria subsidia a análise do vetor “Integração do ciclo básico/ciclo profissional”, que orienta a adequada organização curricular dos cursos da saúde e destaca de

forma fundamental a integração curricular das disciplinas, ciclo básico e ciclo profissional (BRASIL, 2007). É fundamental compreender que a integração curricular é um *continuum*, ao invés de uma situação estanque.

Para que ocorra uma formação pautada na integralidade em saúde, é preciso que haja uma transformação de conceitos e de práticas em saúde no processo formativo dos alunos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a), o que inclui repensar a organização curricular em direção à integração entre conhecimentos e docentes de disciplinas básicas e aplicadas.

O Pró-Saúde estabelece as seguintes evidências para a consolidação da integração entre ciclo básico e ciclo profissional: a programação do ciclo básico deve considerar a realidade da prática clínica, envolvendo profissionais do serviço e docentes do ciclo profissional no processo de planificação curricular; os conteúdos devem ser organizados segundo um esquema modularizado que facilite processos de interdisciplinaridade e integralização de conhecimentos (BRASIL, 2007).

Quando questionados de como se dá a articulação ciclo básico e profissional, foi unânime a percepção da desintegração dos ciclos.

Eu às vezes acho que fica aqui um salto meio grande assim sabe, eu acho que a gente poderia interligar mais as coisas, aplicar, ter uma aplicabilidade maior, por exemplo, disciplina de parasitologia, lá na disciplina que a gente vai ver saúde coletiva até na parte de farmacologia a gente poderia tá, (aplicando), a gente vê tanto parasitologia em atenção básica. A gente poderia tá aplicando mais, certo? Microbiologia poderia tá aplicando também, nutrição dietética eu acho até que foi aplicado. i. Então tem certas coisas que daria pra aplicar mais, e não dar aquele salto de disciplinas básicas pra pratica, às vezes a gente vê um salto bem diferente sabe (EGRESSO 8).

Iglésias e Bollela, (2014) constataram esse mesmo contexto de desintegração na maioria dos cursos da saúde, que se organizam através de disciplinas habitualmente ensinadas de maneira isolada, com concentração predominante de temas das ciências básicas nos primeiros anos do curso, e das disciplinas clínicas a partir da metade do curso, onde estão as disciplinas aplicadas.

A desintegração é tão evidente que é percebida como um fatiamento do curso, aqui se fala em três fatias que não se inter-relacionam, não convivem e não se reconhecem. Os egressos enxergam que nos três primeiros semestres não se percebem como fazer parte do curso de enfermagem.

São bem... são um pouquinho distantes assim, até mesmo da prática. A gente tem no início aula com profissionais que não são enfermeiros, que é bom, traz algum benefício, mas que às vezes distancia um pouquinho. O profissional não sabe nem o que é que o enfermeiro faz. Ele é médico, dá aula pra educação física, pra enfermagem, pra nutrição, ele não sabe que faz. E aí não tem como, se o próprio indivíduo que tá dando a disciplina não sabe, e a gente muito menos, que tá no início do curso. Então, tem um fatiamento assim, eu visualizava dessa forma, a gente tem

um fatiamento e não é só em um, são em três: que são os três primeiros semestres que a gente vê as disciplinas fundamentais, primordialmente. Quarto até sétimo, que seriam as disciplinas específicas, e oitavo e nono, que são o internato. É um curso... tanto é que quem tá no ciclo fundamental não tem tanto contato, a não ser que participe de outra coisa, com o estudante que tá no ciclo profissional, é até feio falar ciclo profissional, mas é o que é, isso mesmo... Nem os estudantes do próprio curso têm contato um com o outro assim... É em outro prédio, então a gente perde contato com esse pessoal e aí depois vai pro internato, então tem um fatiamento muito grande sim (EGRESSO 12).

Perpassando a contribuição do ciclo básico para APS, equalizaram-se depoimentos de não haver uma contribuição significativa para o escopo da atuação na atenção primária, dando-se como justificativa a não aproximação do que é ser enfermeiro nos contextos de atuação.

Essa não-interlocução do ciclo básico com a APS é mais um desafio quanto ao desenvolvimento de enfermeiros para a atuação nesse nível de atenção, pois persiste uma lacuna entre a formação e as necessidades dos serviços de saúde no contexto do novo modelo de atenção à saúde e da humanização da assistência (HADDAD; ZOBOLI, 2010; MONTENEGRO; BRITO, 2011).

Você vê muito durante o curso, toda a questão do adoecimento em si, você tá dentro dos hospitais, você tá lá, já, é na verdade curioso pra vê e colocar em prática aquele procedimento, aquele paciente grave, o que você vai fazer, como é que você vai atuar, o quê que eu preciso, a fisiologia você quer ver, medicação, você tá muito curioso pra ver ali. A atenção básica ela lhe deixa, tipo assim o que é que eu vou fazer, e aí como é que eu vou fazer o meu trabalho, às vezes você fica um pouco sem rumo, porque as pessoas não estão acostumadas a trabalhar com a questão da prevenção e da promoção da saúde. Início, sabe... a gente já tá tão, tão curioso pra ver outras coisas relacionadas ao aprendizado que a gente esquece da atenção básica, acha que muitas vezes é besteira ou então “ah eu acho que isso não vai pra frente”. Mais eu acho que a atenção básica assim na verdade ela é ..., talvez não esteja tão desenvolvida o quanto a gente queria que estivesse, mas eu acho que a atenção básica é resolução pra tudo que a gente vê hoje em dia assim né, da superlotação dos hospitais (EGRESSO 1).

A gente tem mais disciplinas que são voltadas para a atenção primária nos últimos semestres que a gente tá, lá na universidade, principalmente os últimos dois semestres. De certa forma, chega o estudante mais maduro nesse período assim, mas acho que perde um pouquinho porque já chega muito no fim, talvez se isso fosse um pouquinho adiantado, melhoria muito. Se existissem algumas disciplinas é mais difícil, algumas seria quase que um dever tem um acesso maior em outros espaços, assim precisa... até na universidade mesmo assim, é muito voltado para o nosso prédio assim, pro centro tecnológico da enfermagem, a gente ficou meio isolado, talvez seja algo a melhorar. E aí tem um monte de coisas que poderia ser feito, todo mundo que passa tem uma sugestão para dar, mas acho que seja questões que eu me pegava pensando assim (EGRESSO 12).

Conforme o artigo 6º da Resolução CNE/CES N°3 (2001), "os conteúdos essenciais para o currículo de graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo de saúde doença do cidadão, da família e da comunidade..." devendo contemplar: I - Ciências Biológicas e da Saúde - inclui os conteúdos de bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados da estrutura e da função do corpo humano, aplicados às

situações decorrentes do processo de saúde-doença, então já se fazem necessários as articulações com os processos de saúde e doença.

Assim, é, no começo, as primeiras disciplinas no primeiro semestre, eu lembro que era assim uma coisa bem solta, que a gente ficava meio afoito assim, querendo entender mais e, vamos pra parte pratica e vamos, vamos né, e a gente não tinha muito assim vinculação, com realmente o que a gente viu do meio pro final não. Na minha opinião, não! Era assim uma coisa muito teórica, muito viajante. Depois é que a gente realmente começou a se localizar e entender, ah ta certo, agora sim. Agora sim, é, agora eu tô fazendo enfermagem (EGRESSO 8).

Os informantes atribuem essa não articulação aos docentes, por não demonstrarem aplicabilidade dos conteúdos na prática profissional do enfermeiro, muitas vezes sendo mencionado do docente não ser enfermeiro e assim não consegue a aplicabilidade que facilitaria a percepção das disciplinas do ciclo básico e sua importância no processo de trabalho do enfermeiro, tornando uma aprendizagem não significativa.

Acredita-se que o problema não é o tipo de graduação do professor, mas a não percepção de uma aprendizagem significativa que se aproxima da enfermagem, propõe-se que a formação docente e integração entre os professores dos ciclos básico e profissional já contribuiriam para uma coerência do ensino aprendizagem.

Porque eles não são administrados por enfermeiro, aqui é, nem lembro o quê que era, biólogo, educador físico, o de anatomia (professor). Fisiologia era dado pelo pessoal do mestrado de fisiologia. Aí, às vezes ía algum enfermeiro. E era diferente, quando ia enfermeiro, era muito melhor que voltava já pra prática. Histologia e Embriologia, embriologia a gente viu por seminários, Fundamentos da Biologia só aquelas coisas do colégio, aí Patologia era um médico e Farmacologia que era um farmacêutico que sinceramente... Assim não é que o professor não fosse bom, é por conta realmente que não tinha essa visão da enfermagem. Oh, Parasitologia a gente via muito, a professora muito boa, excelente e ela não era enfermeira, e no final das aulas ela colocava conduta, nos próprios slides, ela botava no final condutas e aí o tratamento, não sei o que... (EGRESSO 10).

Não, de jeito nenhum, tem uma falha muito grande aí que essas disciplinas básicas não foram dadas por enfermeiros e sim por profissionais de outras disciplinas (EGRESSO 11).

A análise desta categoria identifica o curso no estágio I no vetor “integração ensino básico/profissional” por caracterizar que os ciclos clínico e básico são completamente separados, disciplinas fragmentadas e estanques, sem aproveitar, até mesmo, a existência de fontes correlatas em algumas delas.

5.2.9 Iniciativas singulares de mudança metodológica

Esta categoria embasa a análise do vetor “mudança metodológica”, que orienta a quebra da sequência teoria-prática na produção do conhecimento, assim, a ideia central do

modelo pedagógico deve ser o de aprender fazendo, admitindo que a aprendizagem acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação (BRASIL, 2007).

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro (DCN, 2001, p.6).

O Pró-Saúde e as DCN evidenciam uma necessidade do rompimento de uma metodologia de ensino-aprendizagem tradicional, eles nos falam do aluno como um protagonista do processo ensinar-aprender, estimulado a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender e o professor ocupando um lugar de facilitador e mediador dessa construção.

Pode-se perceber o imperativo da relevância desse sinergismo aluno professor nas evidências descritas pelo Pró-Saúde:

- a) O ensino-aprendizagem se desenvolve em pequenos grupos. Estimula-se a busca de informação e o processo de autoaprendizagem, envolvendo situações diversificadas (resolução de problemas, análises de casos, simulações, dentre outras), e em distintos cenários (Escola, SUS, comunidade etc.), estimulando capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas.
- b) Estímulo à discussão crítica e reflexiva sobre as práticas, por todos os participantes no processo (professores, profissionais dos serviços, estudantes, usuários) visando à transformação da própria prática e da gestão das organizações envolvidas.
- c) Avaliação participativa do aluno com metodologias quali-quantitativas e multireferências, incluindo avaliação do currículo desenvolvido (BRASIL, p 25 -26, 2007).

No questionamento referente às metodologias de ensino-aprendizagem, verificou-se que as iniciativas que rompem com a pedagogia bancária são tímidas, o predomínio é de aulas expositivas, o que não provoca uma reflexão e criticidade e não tem os discentes como o centro da aprendizagem ficando com esse papel o professor.

A visão “bancária” educação por meio da qual os docentes que se julgam sábios depositam seus saberes naqueles que nada sabem ainda está presente na academia (FREIRE, 2013). Na nuvem de palavras formada a partir dos depoimentos dos egressos, a palavra “tradicional” se impõe sobre as demais (Figura 5).

Figura 5 – Nuvem de palavras elaborada com base nos depoimentos sobre as metodologias de ensino de um curso de enfermagem. Fortaleza, novembro 2016



Fonte: Autoria própria.

A metodologia tradicional é insuficiente, pois permeia a memorização, o que não contempla os processos efetivos de ensino-aprendizagem na contemporaneidade. O docente deve propor que as intervenções de pensamento sejam despertadas, praticadas, construídas e flexíveis para as necessárias rupturas. Por meio da mobilização, da construção e das sínteses, vistas e revistas, o estudante agrega sensações de vivência e de renovação (ANASTASIOU; ALVES, 2007)

Os depoimentos dos discentes ficaram evidentes que a metodologia predominante é a tradicional.

A maioria (das aulas) realmente são aulas expositivas, com data show. Você percebia que a aula era diferente quando tinha alguém convidado, porque era alguém que já estava lá na ponta que voltou pra dá aula. Aí você percebe a diferença (EGRESSO 1).

Eu metodologia ativa (grifo nosso). [...] Botar a gente pra sair das cadeirinhas e botar mão na massa no processo de pensar, construir mesmo os caminhos. Aqui na universidade (não acontece), na Enfermagem, eu percebi os professores dando o passo a passo: você faz isso, depois você faz isso, depois você faz isso e faz isso porque é pra fazer desse jeito (EGRESSO 7).

Acho que deixa muito a desejar, a Farmacologia também. A gente vê remédio, vê os princípios ativos, vê tudo, mas assim porque não pegar esses princípios ativos aqui e tentar trazer simulações assim, trazer situações com a prática? *É tanto que de farmacologia eu não lembro de nada. Eu sei mais de remédio nessas disciplinas daqui do que de (grifo nosso) farmacologia (EGRESSO 5).*

Para mudarmos a formação em saúde, é necessário reconhecer que está centrada em uma educação normativa, considerando apenas sua cultura, sua realidade e seu saber, na

qual se mantém a supremacia do saber científico em relação ao saber popular, a distância entre profissionais de saúde e pacientes (VILLARDI, CYRINO e BERBEL, 2015).

Figura 6 – Representação metodológica de professor e facilitador



Fonte: Souza, Iglesias e Pazin-Filho, 2015.

A figura 6 faz a representação do método tradicional (A), no qual a interação entre professor e aluno é pautada na transmissão de conhecimento (seta cheia) e a reciprocidade do aluno é pequena (seta tracejada). Já nas metodologias ativas (B), o professor passa a ser um facilitador e ambos trabalham em conjunto para obter resultados. Em ambas as situações, o fato da representação do PROFESSOR (A) e do FACILITADOR (B) ser feita por uma forma maior que às que representam os alunos exemplificam que a relação não deixa de ser assimétrica, ou seja, o Professor-Facilitador é o responsável pela atividade e está muito mais capacitado que os alunos. A diferença para a metodologia ativa é que o facilitador procura se adaptar ao nível de aprendizado que o aluno se encontra e busca resultados concretos em conjunto.

Almeja-se que a formação superior caminhe na contramão da pedagogia tradicional e que iniciativas de metodologias ativas, que permitem ao aluno ser protagonista, como um ser crítico e reflexivo, sejam plurais.

As metodologias ativas buscam superar a memorização e a mera transferência de conhecimentos, propondo a construção do conhecimento a partir da vivência de situações reais. Além disso, tomam as práticas e os problemas da realidade como foco para a aprendizagem e abraçam a ideia do professor mediador. Ou seja, o ato do conhecimento acontece em uma relação de troca enriquecedora entre educador, educando e conteúdo (FONSECA *et al.*, 2009; RODRIGUES; CALDEIRA, 2008;).

A utilização de metodologias ativas é um desafio para os docentes preocupados em formar sujeitos críticos, reflexivos, corresponsáveis pela construção do próprio processo de aprendizado ao longo da vida, e implica conhecer os princípios pedagógicos que as sustentam: os princípios da pedagogia crítica a construção coletiva do conhecimento (PRADO *et al.*, 2012).

[...] políticas e saberes em saúde coletiva utilizou recursos mais lúdicos, realmente foi utilizado, políticas e saberes em saúde coletiva, as outras tudo mais tradicional mesmo certo. Educação e saúde também utilizou métodos menos tradicionais (EGRESSO 2).

Olha, teve um momento interessante que era, acho que eles trouxeram umas mulheres da comunidade que tinham uma oca lá na frente que tinham práticas alternativas de saúde (EGRESSO 4).

Apoiando o pensamento de Fornaziero (2010), acredita-se haver possibilidade de modificações das práticas pedagógicas, visto que as mudanças já estão inseridas no dia-a-dia dos estudantes e que o processo ensino-aprendizagem deve ser condizente com a realidade que o acadêmico vivencia.

[...] A gente tem um professor que desenvolve um trabalho com a web rádio, trabalha com diversas escolas do Ceará como um todo, que trabalha cada dia um tema e não é só um tema na web rádio, tem uma interação com o público que tá vendo nas escolas, então é uma metodologia bem diversa assim. É difícil ter... você não visualiza o projeto da mesma forma. A gente tem a inserção dessa disciplina do seminário, a disciplina de Educação em Saúde, a gente tem o seminário, que não é apresentado em sala, que é apresentado na web rádio, que aí é bem bacana, pela própria experiência e também porque tem um diferencial, tem alguns pontos que sim, mas hegemonicamente nem tanto. Tanto as aulas são mesmo aquelas de slide, de exposição mesmo, e quando a gente toma o papel é geralmente na avaliação, que aí é o seminário (EGRESSO 2).

Eu lembro que era feito muito, assim aulas bem interativas sabe de montagem de painéis interativos, é os alunos falando dos próprios como por dizer, das próprias vivências, assim era bem área da professora @@@@ e do @@@@, eles abordaram bastante isso sabe. Mais jogos de painéis, não era muito aquela aula expositiva, era mais questão mesmo de fazer você pensar, raciocinar e tudo mais (EGRESSO 2).

As metodologias ativas provocam essa dimensão do “refletir”, ao se estar fazendo na prática, provocando uma aprendizagem significativa, pelo motivo de o aluno ser o centro desse processo de aquisição de construção de novas habilidades e competências.

Ao analisar as evidências, têm-se no curso as características das três, porém as metodologias ativas predominam são adotadas por uma minoria de docentes/disciplinas, estagiando o curso no estágio II que se caracteriza pelo ensino que pode incluir inovações pedagógicas em caráter experimental, mas restritas a certas disciplinas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise realizada o perfil profissional dos egressos do estudo é de uma maioria que buscou cursos de pós-graduação e cursos de qualificação para atuação no SUS. Que em geral está atuando em mais de um ano na APS, predominou a atuação na ESF no município de Fortaleza sendo esse seu primeiro trabalho com vínculo celetista. As atividades desenvolvidas na APS referidas pela maioria dos egressos podem ser divididas em atividades individuais e coletivas ou conjuntas. De uma forma geral, os egressos apontaram como potencialidades da atuação na APS o reconhecimento e receptividade da população quanto ao trabalho desempenhado pelo profissional; a interdisciplinaridade vivenciada nas atividades coletivas e os resultados positivos que são proporcionados à saúde da população. Já as dificuldades mais encontradas referiam-se à deficiência de recursos materiais e financeiros para o apoio na realização de atividades; à estrutura precária de muitas unidades de saúde, somada a pouca disponibilidade de salas para reuniões e atendimentos e de carro para a realização de visitas domiciliares; desvalorização da gestão e precarização do trabalho do enfermeiro que se percebe como o profissional de maior responsabilização na equipe da ESF, responsabilidade essa que deveria ser partilhada.

Na análise norteada pelas evidências relacionadas aos vetores dos eixos do Pró-Saúde verificou-se que em relação ao eixo Orientação Teórica - vetor “Determinantes de saúde e doença”, apesar dos DSS serem trabalhados em algumas disciplinas, não é transversal, não na totalidade do processo formativo, nem se articula com as necessidades locais regionais. Os ciclos básico e profissional também não se articulam tendo como consequência uma contribuição não significativa para a atuação na APS. A análise das três evidências desse vetor apontou que o curso está em transição do modelo mais conservador para a imagem objetivo, sendo estagiado no nível II.

O vetor “Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS”, atravessa todas as interfaces das disciplinas, vivências e pesquisas. As disciplinas de enfermagem em saúde coletiva, internato, enfermagem em saúde da mulher e políticas e saberes em saúde coletiva são percebidas como as que mais contribuem para atuação na APS; enquanto farmacologia, gerenciamento em enfermagem e enfermagem em saúde mental foram referidas como disciplinas que deveriam contribuir. O curso possibilitou vivências de Iniciação científica, monitorias, PET-Saúde, Liga saúde da família, Ver- SUS, porém de forma geral os egressos consideram ser insuficiente a experiência na atenção primária. Na pesquisa a existência de proporção significativa de bolsistas de iniciação científica abordando temas que

envolvem aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e de organização dos serviços de saúde representa vivências significativas do curso no cenário do SUS, contudo a baixa realização de pesquisas orientadas à atenção básica, em interação com os serviços de saúde e suas necessidades se dá timidamente. Esta situação permite estagiar o vetor de produção do conhecimento segundo as necessidades do SUS no estágio II.

Quanto ao vetor “Pós-graduação e educação permanente” a compreensão de educação permanente foi descrita como capacitações, o que reduziu sua concepção de transformação contínua para algo pontual e estanque. Ao tentar se aproximar as vivências na graduação e o processo de trabalho atual, foram referidas as capacitações realizadas nos territórios de estágio e no processo de trabalho. Evidenciando mais a modalidade de educação continuada por não se permear um processo horizontal e sim vertical deliberado da gestão, acontecendo por iniciativa dos egressos em decorrência das necessidades da prática, o que também se aplica para a realização de cursos de pós-graduação *scripto* ou *lato sensu*. Este distanciamento da universidade com o serviço na oferta de educação permanente justifica se estagiar esse vetor no estágio I no qual os cursos caracterizam pela oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede SUS.

No eixo cenário de prática, o vetor “Interação Ensino-Serviço” revelou distanciamento entre teoria e prática o que é percebido pelos egressos como “choque de realidade”, ao se inserirem na APS. Foram limitações relacionadas a este resultado: carga horária insuficiente e a necessidade de desenvolvimento de algumas habilidades e atitudes, no decorrer do processo formativo e não apenas no Internato, disciplina que é percebida como um divisor de água na formação, embora também apresente algumas limitações. Estes achados classificam o curso neste vetor no estágio II que caracteriza os cursos em transição entre a formação mais tradicional e a imagem objetivo do Pró-Saúde.

No vetor “utilização dos diversos níveis de atenção” os cenários da formação são plurais, perpassando todos os níveis de atenção, porém se tem menos possibilidades na atenção primária, situação condizente com o estágio I.

Em relação a “Integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde” se observou que frequentemente, os serviços oferecidos pelas IES seguem sua lógica própria interna, vinculada mais às demandas de ensino e pesquisa, que às assistenciais reais e à função desses serviços, na rede SUS, classificando neste vetor o curso no estágio I.

No eixo orientação pedagógica o vetor “análise crítica da APS” aborda o aprendizado prático e sua interação com o cenário para transformá-lo, a tardia na inserção no

cenário da APS e poucas oportunidades para análise crítica da organização do serviço com problematização das situações vivenciadas caracterizam o curso no estágio II.

O vetor “Integração do ciclo básico/ciclo profissional”, orienta a adequada organização curricular dos cursos da saúde e destaca de forma fundamental a importância da integração curricular entre os ciclos básico e profissional. Os egressos apontam a desintegração entre estes ciclos, caracterizando o curso no estágio I.

Finalmente, no vetor “mudança metodológica”, orientado principalmente pela ideia da aprendizagem dinâmica, reflexiva por intermédio da ação-reflexão-ação, o curso se caracteriza no estágio II, pois uma minoria do corpo docente adota metodologias ativas.

Na caracterização geral do curso predomina o estágio II nos vetores analisados revelando a preocupação em se guiar pelos aspectos relativos ao processo saúde-doença, tanto para entender os diversos contextos e planejar as ações de forma coerente, quanto para instrumentalizar e fortalecer o cuidado de Enfermagem dirigido a indivíduos, famílias e coletividades, buscando responder às necessidades de saúde da população.

Compreende-se que as mudanças necessárias são complexas, pelas influências históricas arraigadas da formação profissional, na qual a concepção biomédica, tecnicista e curativista, fragmentadora de saberes e práticas, oferece impasses na implementação de novas perspectivas direcionadas a uma formação ampliada, crítica e reflexiva, pautada no compromisso ético e político com o SUS, o que é desafiador. Contudo, esse desafio deve ser assumido pela IES e por seu corpo docente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudanças na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, v.32, n.3, p. 356-62, dez. 2008.

ALMEIDA, F.C.M. *et al.* Avaliação da inserção do estudante na unidade básica de saúde: visão do usuário. **Rev. bras. educ. med.**, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 33-39, mar. 2012.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, C.M. **La educación de los profesionales de la salud em latinoamerica:** teoría y práctica de un movimiento de cambio. v. 2., Londrina: Hucitec, Lugar Editorial, Ed. UEL; 1999.

ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J.S.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Saúde coletiva: futuros possíveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p.669- 86.

ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L.P. Estratégias de ensinagem. In: _____. **Processos de ensinagem na universidade:** pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Santa Catarina: Ed. Joinville, 2007.

BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no sistema único de saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n., p.223-30, jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012a, 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> . Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SGETS:** políticas e ações. Brasília, DF, 2011b. 32p.

_____. 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.** Brasília, DF, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em:<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. **Programa de reorientação da formação profissional em saúde- Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial.** Brasília, DF, 2007. 86 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Portaria interministerial n° 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria interministerial n° 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Brasília, DF, 2004. 20 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 de dez. de 2001, Seção 1, p. 131.

_____. Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Milton Menezes da Costa Neto (Org.). Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica.** 3ª Ed. Brasília, DF, 1998, 40p.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. cap. 5. p.137-70.

CEARÁ. Universidade Estadual do Ceará. Curso de Enfermagem. **Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em Enfermagem.** UECE: 2007.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

DIAS, H.S.; LIMA, L.D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1613-24, jun. 2013.

FERNANDES, M. C. **Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado**. 2012. 106f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde). – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

FERNANDES, M. C. *et al.* Ações de gerência do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v.16, n.5, p.664-71, set./out. 2015.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.63, n.4, p.567-73, jul./ago. 2010.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p.1674-81, jul. 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 54 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FRENK, J. J *et al.* Os profissionais de saúde para um novo século: transformar a educação para fortalecer os sistemas de saúde em um mundo interdependente. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-58.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

HADDAD, A.E. *et al.* Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.3, p.383-93, jun. 2010.

HADDAD, J.G.V.; ZOBOLI, E. L.C.P. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 86-91, 2010.

IGLÉSIAS, A. G.; BOLLELA, V. R. Integração curricular na área da saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 265-72, 2015.

ILLERIS, K. **Teorias contemporâneas da aprendizagem**. Porto Alegre: Penso, 2013.

LINARD, A. G. *et al.* Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p.114-20, mar. 2011.

MCNAUGHT, C; LAM, P. Using wordle as a supplementary research tool. **The Qualitative Report**, v. 15, n. 3, p. 630- 43, 2010.

MELO, R. C.; MACHADO, M. E. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p 61-7, 2013.

MERHY, E.E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saude Soc.** v.21, n. 2, p.267-79, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOIMAZ, S.A.S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-40, 2010.

MONTEIRO, E.M.L.M. *et al.* Extensão universitária: opinião de estudantes do campus saúde de uma instituição pública da região metropolitana de Recife-PE. **Rev. Min. Enferm.**; v. 13, n.3, p. 343-48, jul./set. 2009.

MONTENEGRO, L.C.; BRITO, M.J.M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde. **Invest. educ. enferm.**, Colômbia, v. 29, n. 2, p. 238-247, 2011.

MOURA, E.C.C.; MESQUITA, L. F. C. Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de enfermagem. **Rev. bras. Enferm.**; Brasília, v. 63, n. 5, p. 793-98, 2010.

NOBREGA-THERRIEN, S. M.; ALMEIDA, M. I.; SILVA, M. G. C. Ensino de enfermagem no Ceará de 1942-1956: a memória que projeta o futuro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n.1, p. 125-30, 2008.

OLIVEIRA, N. A. **O SUS e a Integração Ensino, Serviços de Saúde e Comunidade.** Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. 2014. Disponível em < <http://blogs.bvsalud.org/ds/2014/05/06/o-sus-e-a-integracao-ensino-servicos-de-saude-e-comunidade/>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

OLIVEIRA, N. A. *et al.* Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do promed. **Rev. bras. Educ. med.**, v. 32, n. 3, p. 333-46, 2008.

PAIVA, K.C.M.; MARTINS, V.L.V. Contribuições do estágio extracurricular para as competências profissionais: percepções de acadêmicos de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 14, n. 2, p.384-94, 2012. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a19.htm>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SALOMÉ, G.M.; ESPÓSITO, V.H.C. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 61, n. 6, p. 822-27, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a05v61n6.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SAMPAIO, F C.; CADETE, M.M.M. The training of the nursing professional in the viewpoint of the nursing students: activities supported on the problematization. **J Nurs UFPE online**, Recife, v. 7, n. 1, p. 657-64, mar. 2013. Disponível em: < http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3473/pdf_21>. Acesso em: 22 ago. 2016.

SANTORUM, J. A.; CESTARI, M. E. A educação popular na práxis da formação para o SUS. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 223-40, out. 2011. Disponível

em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. **SUS**: atenção primária ou prioritária? Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. 2010. Disponível em < <http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/04/12/sus-atencao-primaria-ou-prioritaria/>> Acesso em 10 nov. 2016.

SANTOS, S.S.C. Perfil de egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n.2, p.217-21, 2006.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. O Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: Estudo de Caso. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p.252-6, abr./jun. 2009.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SILVA, M.J.; SOUSA, E.M.; FREITAS, C.L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-21, 2011.

SILVA, M.R.F.; PONTES, R.J.S.; SILVEIRA, L. C. Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, esp. 2, p. 784-8, dez. 2012.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 2753-62, 2011.

SILVA, V.G.; MOTTA, M.C.S.; ZEITOUNE, R.C.G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 12, n. 3, p.441-48, 2010. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a04.htm>. Acesso em: 10 jan.2017.

SIQUEIRA-BATISTA, R. *et al.* Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.159-170, jan. 2013.

SOUZA, A. L.L. **A História da Extensão Universitária**. Campinas: Alínea; 2000.

SOUZA, C. S.; IGLESIAS, A. G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspectos gerais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n.3, p. 284-92, 2014.
TONIOLO, J. M. S. A. **Diálogo e Amorosidade em Paulo Freire**: dos princípios às atitudes na formação de professores. 2010. 109f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

VASCONCELOS, A.C.F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. An experience of teaching-service integration and change of professional practices: healthcare professionals speak out. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p.147-58, 2016.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E.G.; BERBEL, N. A. N. **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, 118 p. ISBN 978-85-7983-662-6.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman; 2005.

ZARIFIAN, P. **Objetivo Competência: por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas; 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista com Egressos

Pesquisa “FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E SUA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

Roteiro de Entrevista com Egressos

Data _____ Horário _____ Entrevistador _____

Categoria profissional _____

CAMPO 1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Idade: _____

1.2 Sexo: () Masc. () Fem.

1.3 Etnia/Cor: ()branca ()preta ()amarela ()parda ()indígena

1.4 Estado civil: ()solteiro(a) ()casado(a) ()divorciado(a) ()viúvo(a)

1.5 Local de trabalho atual: _____

Caso o local de trabalho atual ser na APS, ir para a pergunta 1.7

1.6 Local de trabalho na APS:

1.7 Tempo de atuação como profissional de saúde: _____

1.8 Tempo de atuação como profissional na APS: _____ Carga horária de trabalho: _____

1.9 Tempo de Serviço na instituição atual: _____ Carga horária de trabalho: _____

1.10 Vínculo empregatício na APS: ()Concursado ()Não

concursado → Especifique: _____

1.11 Ano de início/conclusão da graduação: _____

Tema do Trabalho de Conclusão de Curso: _____

Área(s) de

conhecimento: _____

1.12 Curso(s) de Pós-Graduação

realizado(s): _____

Como se deu o acesso: () busca própria () oferta promovida por IES no serviço →

Especifique: _____ () outro:

Tema(s) do(s) Trabalho(s) de Conclusão de Curso / Dissertação / Tese:

Área(s) de conhecimento: _____

1.13 Outros cursos de qualificação para atuação no SUS:

Como se deu o acesso: () busca própria () oferta promovida por IES no serviço → Especifique:

() oferta promovida pelo próprio serviço → Especifique:

() outro: _____

1.14 Você participa(ou) de alguma atividade sociopolítica? () Sim () Não Caso Sim, quais?

() Movimento estudantil () Conselhos gestores de políticas () Organizações religiosas

() Partidos políticos () ONGs () Entidades comunitárias

() Associações e sociedades científicas → Especifique:

() Outros:

2. ATUAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO ACADÊMICA

ORIENTAÇÃO TEÓRICA:

Vetor 1 : Determinantes de saúde e doença

2.1 O que você entende de determinantes de saúde e doença e como o curso abordou essa temática? Comente (se vivências como? Se disciplinas quais?).

2.2 De que forma os conteúdos disciplinares abordaram os determinantes sociais de saúde e doença? A abordagem dada favoreceu a sua prática profissional? E de que forma?

2.3 Na sua prática profissional você consegue associar aspectos biológicos com determinantes sociais?

Vetor 2: Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS

2.4. Que disciplinas no processo formativo você destacaria que contribuíram para sua atuação na APS?

2.5 Que vivências do processo formativo você destacaria que contribuíram para sua atuação na APS?

2.6 Em sua concepção, o conhecimento teórico adquirido durante a sua formação acadêmica é/foi possível de ser aplicado na sua prática de trabalho na APS? Comente.

2.7 Quais as disciplinas (incluindo estágios curriculares) que mais contribuíram para sua prática na APS? Comente.

2.8 Em relação às demais disciplinas do curso, qual(is) também poderia(m) ter contribuído? Com que subsídios? (Usar quadro de disciplinas do currículo)

2.9 Considerando sua experiência de trabalho, dentre estas disciplinas e as demais oferecidas pelo curso, você considera que alguma poderia ter proporcionado maiores contribuições para a formação direcionada à atuação na APS? Se sim, que contribuições? (Usar quadro de disciplinas do currículo)

2.10 Considerando sua experiência de trabalho, bem como as atribuições propostas aos profissionais de saúde (gerais e específicas) para a atuação na APS, você acha que o enfermeiro formado pelo Curso de Enfermagem da UECE está preparado para a atuação neste nível de atenção do SUS?

2.11 Quais suas sugestões para aprimorar a formação profissional para a APS?

2.12 Durante o processo formativo em algum momento você despertou/motivou para atuação na APS? Comente!

2.13 Como você avalia a contribuição do curso de graduação para a sua prática na APS?

Vetor 3: Pós-graduação e educação permanente

2.14 De acordo com o que você conhece/entende por educação permanente em saúde, você participou de atividades na graduação que considere como educação permanente (capacitação para profissionais, atividades em conjunto no serviço)? () Sim () Não

Comente:

2.15 Você desenvolve(u) ou participa(ou) de atividades de educação permanente na atuação na APS de ? () Sim () Não. Se sim de que forma isso contribui para sua prática?

CENÁRIO DE PRÁTICA

Vetor 4: Interação Ensino-Serviço

2.16 Fale sobre a sua atuação profissional na APS (ações gerais e específicas realizadas individualmente ou de forma conjunta; processo de trabalho; trabalho em equipe / relação com os profissionais de saúde):

2.17 Relacione aspectos positivos e as dificuldades (relacionadas ao serviço, ao processo formativo e a outros) enfrentadas em sua prática profissional:

2.18 Cite estratégias que você usa/usou para superar as dificuldades acima:

2.16 Cite os campos nos quais você estagiou e comente sobre as atividades realizadas que mais contribuíram na sua prática?

2.17 Você participou de outras atividades acadêmicas que considera importante para sua atuação na APS? (bolsista de iniciação científica/extensão/voluntário, monitoria, PET-Saúde etc.). Se sim, comente: (citar as atividades e justificar a importância; solicitar período, local, área de atuação, pessoas envolvidas nas atividades – alunos, professores, profissionais de saúde etc.)

2.18 Você participou de algum estágio extracurricular? Caso sim, ocorreu em qual(is) área(s) e local(is)?

2.19 Em sua opinião, como estes estágios contribuíram para a formação voltada para a APS?

Vetor 5: Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem

2.20 Acredita que sua formação tem como foco: curativo\individual ou biológico-social\coletivo? Comente.

2.21 Percebendo esse foco referido no item anterior, você considera que sua formação deu mais ênfase para que tipo de nível de cuidado de saúde? (promoção, prevenção, cura e reabilitação)? E que nível de atenção? (Atenção primária, secundária e terciária).

Vetor 6: Articulação dos Serviços Universitários com o SUS

2.22 Durante a sua graduação, o seu curso oferecia algum serviço de atenção à saúde para a comunidade? ()Sim ()Não

2.22.1 Caso sim, você chegou a participar?

2.22.2 Como você percebe a contribuição dessa experiência para a atuação na APS?

2.21 No seu local de atuação na APS existe(iu) integração com a Universidade? ()Sim ()Não

2.21.1 Caso sim, você participa(ou) diretamente? Comente: (universidades/cursos envolvidos; formas de envolvimento com alunos e professores, se participa(ou) do planejamento e avaliação do ensino do curso)

De que forma isso contribui para sua prática?

2.21.2 Destaque fragilidades e potencialidades dessa integração ensino-serviço?

ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA**Vetor 7: Análise crítica da atenção básica**

2.22 Em sua concepção, o conhecimento teórico adquirido e as práticas realizadas durante a sua formação acadêmica é/foi possível de ser aplicado na sua prática de trabalho na APS? () Sim () Não

Comente!

2.23 A graduação lhe preparou para sua atuação profissional?

- a) Adequado
- b) Inadequado

Comente!

2.24 Relate que análise tinha da APS na graduação e qual tem hoje?

Vetor 8: Integração do ciclo básico/ciclo profissional

2.25 Como você avalia a articulação das disciplinas do ciclo básico e do ciclo profissional?

2.26 Você considera que as disciplinas ciclo básico contribuem para sua atuação na APS? Se sim ou não de que maneira?

Vetor 9: Mudança metodológica

2.27 Você consegue identificar metodologias participativas de ensino-aprendizagem utilizadas pelos professores durante seu processo formativo? Comente

2.28 Algumas destas metodologias participativas você aplica na sua prática profissional? Quais e como foi a experiência?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas universidades públicas em Fortaleza-CE

Pesquisador: Maria Mariana Marques Ávila

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05978213.1.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ FUNECE

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO CEARENSE DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 388.538

Data da Relatoria: 09/09/2013

Apresentação do Projeto:

Entre as iniciativas do Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e em parceria com o Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) destaca-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que tem como objetivo integrar ensino-serviço, reorientando a formação profissional por meio de uma abordagem integral do processo saúde-doença, enfatizando a atenção primária (BRASIL, 2007). Para isso diversas estratégias de fomento à mudança das práticas hegemônicas em saúde foram disparadas com o objetivo de canalizar transformações, por exemplo a mudança do modelo técnico-assistencial (BRASIL, 2009a). Articulado ao Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-SAÚDE (BRASIL, 2009b), caracteriza-se, por um lado, como instrumento de qualificação em serviço dos profissionais de saúde, os quais atuam como preceptores no âmbito da Estratégia Saúde da Família, por outro, propicia aos estudantes dos cursos de graduação, iniciação ao trabalho e vivência, por meio da inserção no serviço em conformidade com as necessidades do SUS; e ainda, aos professores, que atuam como tutores e coordenadores do PET, aliar a teoria e a prática, favorecendo a produção de conhecimento e pesquisa na Academia que favoreçam o aperfeiçoamento do sistema, principalmente no primeiro nível de atenção. Em Fortaleza, as ações

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9900

Fax: (85)3101-9905

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 068/2016

do PET-Saúde são realizadas em parceria com o Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE) que se apresenta como espaço de convergência entre o serviço e a academia na busca de tais transformações, o SMSE atribui aos profissionais da rede, o papel de participar da formação (Barrato et al., 2006). Os estudantes e professores dos cursos de graduação em saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e da Universidade Federal do Ceará (UFC) têm vivido a experiência do PET-Saúde e apesar do reduzido número de estudantes envolvidos, limitação relacionada com as características dos editais, no processo educativo integrador ensino/serviço, existem evidências do diferencial que essa experiência representa na formação dos estudantes. A formação de recursos humanos é um dos desafios postos para o Sistema Único de Saúde na consecução de seu mais caro princípio a universalidade do direito à saúde. O Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e Cultura tem desenvolvido algumas políticas públicas visando a reorientação da formação dos profissionais de nível superior e a qualificação dos profissionais do serviço. No Ceará, tais políticas tem se concretizado por meio de parcerias entre as instituições formadoras e a gestão nos níveis estadual e municipal, especificamente em Fortaleza, o Sistema Municipal de Saúde Escola é o principal espaço de mediação entre as Universidades e os serviços de saúde. Neste contexto, o presente projeto de pesquisa tem como principal objetivo avaliar os cursos de graduação da área de saúde nas universidades públicas de Fortaleza- CE, com ênfase na formação para atuação na atenção primária. Para isto se formou um grupo de docentes e pesquisadores dos cursos de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, educação física, odontologia, farmácia e serviço social, da Universidade Estadual do Ceará e Universidade Federal do Ceará que discutiu e elaborou a proposta cuja execução prevê a avaliação dos referidos cursos por meio de abordagem qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas, grupo focal, a partir de uma amostra representativa dos sujeitos - docentes, discentes, profissionais do serviço e gestores. Além disso também serão coletadas informações nos projetos pedagógicos dos cursos e outros documentos relativos a sua estruturação e funcionamento. A análise será norteada por quatro eixos: Ensino, Serviço, Gestão e Controle Social. Dessa forma, o processo formativo analisado a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, dos projetos pedagógicos e da proposta de reorientação do Pro-Saúde, será sempre remetido a estes eixos, buscando identificar de que forma estão (ou não) contemplados neste processo.

Critério de Inclusão:

Critérios de Inclusão dos docentes: professores de disciplinas com conteúdos relacionados à atenção primária em saúde. Dos discentes sujeitos do estudo os discentes matriculados na disciplina Estágio curricular.

Endereço: Av. Paranjana, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-900
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-2600 Fax: (85)3101-2605 E-mail: diana.pinhato@uece.br

Página 03 de 08