

LÍVIA COZER MONTENEGRO

**A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: AVANÇOS E
DESAFIOS PARA A SUA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Planejamento, organização e
gestão de serviços de saúde e de enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Maria José Menezes Brito

Belo Horizonte – MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2010



**Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação**

Dissertação intitulada "A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde", de autoria da mestranda Lívia Cozer Montenegro, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profª Drª Maria José Menezes Brito - ENA/UFMG - Orientadora

Profª Drª Aida Maris Peres - UFPR

Profª Drª Kely Cesar Martins de Paiva - UNIHORIZONTES

Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna
Coordenadora, em exercício, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 05 de março de 2010



D E D I C A T Ó R I A

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos, ao meu amado esposo e a minha querida filhinha, pois juntos são razão maior do meu existir.



A G R A D E C I M E N T O S

*A **Deus**, pela felicidade de poder, nesta vida, ter sempre grandes desafios. Por ter me proporcionado viver este momento especial e transformador.*

*A **Nossa Senhora do Perpétuo Socorro**, por me aceitar como sua serva.*

*A **minha mãe Lucimar, meu pai Roberto, minha irmã Bruna e meu irmão Roberto**, que mesmo estando longe conseguem me fazer feliz e sempre torcem pelas minhas vitórias*

*Ao **meu esposo Adriano e minha filha Ana Clara**, por serem os amores, a fonte de inspiração e grandes incentivadores da minha vida*

*Aos meus sogros **Geraldo e Maria Aparecida** e minhas cunhadas **Gisele e Aline**, por me darem colo nos momentos difíceis*

*À **Profª Dra Maria José Menezes Brito**, primeiramente pelo modelo de profissional, amiga e mãe, que por sinal tento imitar, por ter aberto as portas para mim em um momento muito difícil, pelo companheirismo e parceria nesses dois anos de trabalho.*

*À **Profª Dra Marília Alves, Cláudia Penna, Maria Flávia Gazzinelli e Carla Spagnol**, pelo exemplo de profissionais, por me receberem tão bem nesta casa e pela amizade.*

*Aos **funcionários da Escola de Enfermagem**, que nesses dois anos se tornaram grandes companheiros e dedicaram sua atenção e disponibilidade as minhas necessidades. (**Jaja, Cleverson, Fernanda, Adriana, Guilherme, Lorenza, Mariene**)*

*Aos Amigos **Liliam, Carol, Gisele, Julia, Thays, Gelmar e Fátima**, meu especial agradecimento pelos momentos de descontração (besteiras) e de muito trabalho também. Ainda pelo incentivo e apoio.*

*A **Universidade Federal do Paraná**, que me proporcionou conhecimentos para seguir a vida acadêmica*

*A **Universidade Federal de Minas Gerais**, pelo incentivo, apoio institucional e por ter me proporcionado a Experiência da docência.*

*Aos **amigos** que tive o privilégio de conhecê-los nesta caminhada - meu carinho e amizade sinceros.*

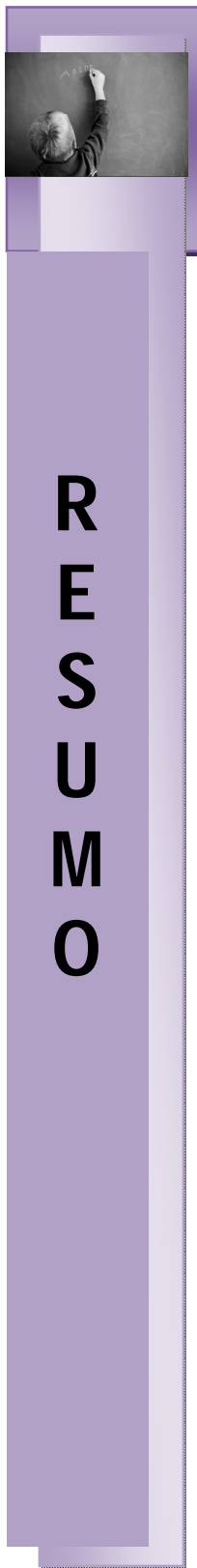
*Aos **Enfermeiros** que aceitaram participar deste estudo, pela valiosa contribuição.*

*A **Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**, pelo apoio técnico*

*A **CAPES** por ter me agraciado com uma bolsa de pesquisa durante todo o processo de criação deste trabalho*

*Aos **colegas do curso de mestrado**, com os quais tive oportunidade de conviver, trocar experiências e buscar conhecimentos*

*Ao **Núcleo de Pesquisa Administração e Enfermagem – NUPAE**, pelo incentivo em realizar esta pesquisa e trabalhar em prol da pesquisa.*



MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde.** 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010

O presente estudo teve como objetivo conhecer a percepção do enfermeiro acerca do seu processo de formação profissional para atuar na atenção primária à saúde, por meio de um estudo de caso de abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros de ambos os sexos que atuavam há mais de um ano no Programa Saúde da Família de 21 Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte conveniadas com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. A coleta de dados foi realizada em três etapas: Na primeira realizou-se um contato com os gerentes das Unidades Básicas de Saúde para a apresentação do estudo e obtenção da sua concordância em realizar a pesquisa; na segunda, foi aplicado um questionário para conhecer o perfil sócio-demográfico e as características do processo de formação profissional dos sujeitos e na terceira, foram realizadas entrevistas gravadas seguindo um roteiro semi-estruturado. Para a análise dos dados dos questionários sobre o perfil sócio-demográfico e do processo de formação profissional dos enfermeiros foi feita a tabulação com o auxílio do programa Epi-Info (versão 3.2.2). Com relação aos dados coletados por meio de entrevistas, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo. Os resultados apontaram o predomínio de enfermeiros do sexo feminino com idade entre 20 e 39 anos. A maioria dos sujeitos finalizou o curso de graduação em enfermagem entre 6 e 15 anos, estudou em universidades públicas e não se considerava apta para trabalhar na atenção primária após a conclusão do curso. A respeito do trabalho na atenção primária 40% dos enfermeiros atuam há menos de 6 anos e 35% há mais de 10. Também foi possível identificar que a maior parcela trabalha exclusivamente em um emprego, com carga horária semanal de até 40 horas. A respeito das facilidades durante o período de formação para atuar na atenção primária, os enfermeiros identificaram as seguintes questões: ter estudado em universidade pública, possuir curso técnico em enfermagem, colaboração de profissionais mais experientes no momento de inserção no primeiro nível de atenção, a estratégia de ensino por meio do Internato Rural e a presença de professores capacitados na área de Saúde Pública. Como aspecto dificultador foi evidenciado o despreparo dos enfermeiros após a conclusão do curso. Sobre a trajetória profissional do enfermeiro na atenção primária foram destacados os seguintes aspectos: a escolha pela área de atuação ocorreu por meio do contato prévio com os conteúdos de Saúde Pública durante a graduação; é essencial gostar de atuar neste nível de atenção à saúde e a necessidade de atualizar-se continuamente. A respeito das competências para a realização das atividades no nível primário de atenção à saúde, definiu-se como fundamental a escuta qualificada, o trabalho em equipe, o domínio do saber em Saúde Pública e a educação permanente. Essas competências estão de acordo com aquelas requeridas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação dos enfermeiros nos cursos de graduação em enfermagem. Dessa forma, entende-se que os enfermeiros que atuam no cenário pesquisado vislumbram um profissional apto para atuar com conhecimentos que os permitam reconhecer as relações do seu trabalho sobre a saúde da população, bem como capazes de compreender a natureza humana em suas dimensões, expressões e fases evolutivas.

Palavras-chave: Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Formação de Recursos Humanos, Enfermeiros.



ABSTRACT

MONTENEGRO, L. C. **The nursing professional formation: progress and challenges to its work in primary health care.** 2010. 98 p. Dissertation (Masters in Nursing) – Nursing School, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

This study aimed to understand the perceptions of nurses about their professional development process to work in primary health care, through a case study of qualitative approach. The subjects were nurses of both sexes who worked more than one year in Family Health Teams of 21 Basic Health Units of Belo Horizonte city in agreements with the Nursing School of Universidade Federal de Minas Gerais, by the Reorientation Program for Health Professional Formation. In the data collection, the subjects answered two questionnaires in their workplace, during the months of January and February 2009. The first questionnaire contained questions on socio-demographic profile and professional formation characteristics of the nurses. The second questionnaire was answered by the subjects through the face to face interviews, using a semi-structured form with closed and open questions. Regarding the data analysis, it is emphasized that the questionnaires on socio-demographic profile and professional formation characteristics of the nurses were computed with the Epi-Info Program (version 3.2.2). The results showed that there was a predominance of female nurses aged 20 to 39 years. Most of the subjects finished the graduate degree in nursing from 6 to 15 years, studied in public universities and did not considered themselves able to work in primary care after graduation. Regarding the work at this level of attention, 40% of nurses worked fewer than 6 years in this area, and 35% worked more than 10 years. It was identified that the almost of the nurses worked exclusively in on employment, with weekly workload of up to 40 hours. Respect to the facilities during the professional formation period to work in primary care, nurses have identified the following issues: to study in public universities, to have the technical course in nursing, to work with experienced professionals in the moment of insertion in the first level of attention, the teaching strategy of training in this area, and the presence of experienced teachers in Public Health. The difficult aspects evidenced were: the nurse lack of Knowledge after graduation. On the professional career of the nurses in primary care were highlighted the following aspects: the choice of this area occurred through previous contact with the contents of Public Health during the graduation; they considered essential to like to work in this level of health care; the professional have to update its knowledge continuously. These Regarding the skills to work in the first level of care, the subjects defined as fundamental to have a qualified listening, teamwork, to domain the knowledge in Public Health, and to update the Knowledge continuously. These skills were in accordance with those required by the National Curriculum Guidelines to nurse formation in graduate nursing courses. Thus, it is understood that the nurses at this level of health care envision a professional able to act with knowledge that will allow them to recognize the relationship of their work on population health as well as to be able to understand the human nature in its dimensions, expressions and phases.

Key-words: Nursing, Primary Health Care, Human Resources Formation, Nurses.



**L
I
S
T
A

D
E

I
L
U
S
T
R
A
Ç
Õ
E
S**

Figura 1	Linha do tempo retratando os modelos de atenção e as políticas de saúde no Brasil	23
Figura 2	Relação da localização geográfica dos distritos sanitários da cidade de Belo Horizonte, considerando, respectivamente, os cenários do estudo e o número de Equipes Saúde da Família, 2009	43



**L
I
S
T
A

D
E

T
A
B
E
L
A
S**

Tabela 1 -	Relação dos sujeitos da pesquisa entrevistados nas UBS da cidade de Belo Horizonte, 2009	44
Tabela 2 -	Características sócio-demográficas dos enfermeiros da rede de atenção primária de saúde de Belo Horizonte, 2009	50
Tabela 3 -	Características relacionadas à formação profissional dos enfermeiros da rede de atenção primária de saúde de Belo Horizonte, 2009	52
Tabela 4 -	Características relacionadas à atuação dos enfermeiros na rede de atenção primária de saúde de Belo Horizonte, 2009 ...	55



L I S T A D E S I G L A S

ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	- Ações Integradas em Saúde
BH	- Belo Horizonte
CAPS	- Caixas de Aposentadorias e Pensões
CERSAM	- Centro de Referência em Saúde Mental
DCN	- Diretrizes Curriculares Nacionais
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
ESF	- Equipe Saúde da Família
IAPAS	- Instituto de Administração da Previdência Social
IAPS	- Institutos de Aposentadoria e Pensão
IAPFESP	- Instituto de Previdência e Assistência dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPASE	- Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEP	- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
LDB	- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
NESCOM	- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	- Programa Agente Comunitário de Saúde
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PROEP	- Programa de Expansão da Educação Profissional
PROMED	- Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	- Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	- Programa Saúde da Família
RAIS-CAGED	- Relação Anual de Informações Sociais e Cadastro Geral de Empregados e Demitidos
SAMDU	- Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SESP	- Serviço Especial de Saúde Pública
SESUMEC	- Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
URS	- Unidade de Referência Secundária
VER-SUS	- Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil



S U M Á R I O

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Considerações Gerais.....	12
1.2	Objetivos.....	16
1.2.1	Objetivo geral.....	16
1.2.2	Objetivos específicos.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	O modelo de atenção à saúde e sua representação política.....	18
2.2	Formação profissional para o setor saúde.....	24
2.3	O processo de formação profissional do enfermeiro	29
2.4	A atuação do enfermeiro na atenção primária.....	33
3	METODOLOGIA	38
3.1	Caracterização do Estudo.....	39
3.2	Cenário do estudo.....	40
3.3	Sujeitos do estudo.....	43
3.4	Coleta de dados.....	45
3.5	Análise dos dados.....	45
3.6	Aspectos éticos.....	47
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
4.1	Perfil dos enfermeiros que atuam nas Equipes Saúde da Família de Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte.....	50
4.2	A percepção do enfermeiro sobre o seu processo de formação profissional para atuar na atenção primária.....	56
4.2.1	Aspectos facilitadores e dificultadores da formação profissional do enfermeiro para atuar na atenção primária.....	56
4.2.2	As influências do processo de formação profissional para a atuação do enfermeiro na atenção primária.....	62
4.2.3	Competências essenciais para o trabalho do enfermeiro na atenção primária.....	66
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	78
	ANEXOS	92
	APÊNDICES	95





1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Gerais

Os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico, e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm imposto aos trabalhadores do setor saúde mudanças na prática assistencial.

A fim de substituir o modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da lei nº 8080 de 1990, consolidou um sistema público de políticas de saúde que reorganizou as práticas assistenciais por meio dos princípios doutrinários da universalização, equidade e integralidade (BRASIL, 1990). O referido modelo de saúde possui a atenção centrada na família, entendida e percebida no contexto do seu ambiente físico e social (MERHY; FRANCO, 2000).

No bojo dessas mudanças, as crescentes incorporações de tecnologias vinculadas ao movimento de globalização e a necessidade de busca da eficiência econômica vem produzindo impactos no trabalho em saúde e nas relações entre os indivíduos, permitindo estadias mais curtas nos hospitais e, conseqüentemente, a transferência de pessoas mais agudamente enfermas para receber cuidados em casa, exigindo atenção na comunidade (WITT, 2005). Além do deslocamento da prestação de cuidados aos doentes em ambientes hospitalares para a atenção na comunidade, a necessidade de se realizar a vigilância em saúde, articulando a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços de saúde e a compreensão das diferenças sociais como determinantes da desigual distribuição dos agravos sobre a população (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2004), vem introduzir a visão de não esperar a demanda chegar para intervir, mas, agir sobre ela preventivamente.

Com o objetivo de operacionalizar este novo modelo de assistência, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para a reorganização do serviço de atenção primária de acordo com os preceitos doutrinários do SUS e sob orientação dos princípios da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da humanização, da responsabilização e da participação social (BRASIL, 2006a).

A atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção, a reabilitação e a manutenção da saúde, além da prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos (BRASIL, 2006a). Após a criação do SUS e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, têm sido recorrentes as discussões a respeito da terminologia ideal para o primeiro nível de atenção à saúde no Brasil. Embora, o conceito atenção básica tenha sido oficializado pelo Governo Federal, identifica-se frequentemente o uso da

expressão atenção primária nos documentos oficiais brasileiros. Assim, optou-se por trabalhar com o conceito atenção primária no decorrer deste trabalho por ser considerando o termo mais antigo e por apresentar um conceito de caráter mais genérico (MELLO *et al.*, 2009).

O PSF é operacionalizado por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS), que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2006a). As equipes de saúde da família (ESF) são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), e quando ampliadas, contam ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. A responsabilidade pelo acompanhamento da população imprime às ESF a necessidade de ultrapassar as dificuldades classicamente definidas para a atenção primária no Brasil, tais como as diferenças estruturais, culturais e epidemiológicas impostas pelo espaço geográfico.

Atualmente, a atenção primária cumpre papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS tendo em vista o estabelecimento de relações contínuas com a população e por ser desenvolvida por meio de um trabalho em equipe que enfatiza práticas democráticas e participativas. Hoje, são 27.324 ESF e 211 mil ACS prestando serviços caracterizados como atenção primária em mais de 5 mil municípios brasileiros (BRASIL, 2007a). Esse contingente de trabalhadores assume papel relevante na consolidação e qualificação da estratégia saúde da família como modelo de atenção primária e como centro ordenador das redes de atenção a saúde, constituindo-se como porta de entrada preferencial do SUS (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, os enfermeiros precisam ser capazes de identificar as necessidades sociais de saúde da população para planejar, gerenciar, coordenar, avaliar e supervisionar as ações dos ACS conforme a realidade local, bem como realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento (BRASIL, 2006a). A Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 1997) investigou as atividades da enfermagem em todo o mundo e concluiu que a qualificação dos profissionais desta área e suas atividades diferem de um local para outro.

Assim, percebe-se que em todo o mundo, a natureza e a prática da enfermagem são influenciadas pela realidade que compreende aspectos da política, da economia e da cultura das diferentes regiões. Estudar o processo de trabalho dos enfermeiros significa compreender as práticas do setor saúde, já que em todo o mundo, além da enfermagem abranger o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde, é o grupo profissional mais amplamente distribuído e que tem os mais diversos papéis, funções e responsabilidades (ALMEIDA; ROCHA, 2000).

Apesar do alcance social proposto pelo SUS, nos últimos anos, tem-se deparado com dificuldades na implantação do novo modelo de atenção em decorrência de problemas relacionados

tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. A fim de sanar tais dificuldades, foram ampliados os debates sobre a formação de pessoal capacitado para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, já que o SUS representa, efetivamente, um importante campo de trabalho para os profissionais de saúde.

Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na década de 80, a empregabilidade nos serviços públicos de saúde era de aproximadamente, 265.956 trabalhadores de nível superior. Em 2005, com o SUS já implementado, esse número passou para 1.448.749, demonstrando ser o maior empregador da área da saúde (BRASIL, 2007b), reforçando a necessidade de pesquisas sobre os processos de trabalho em saúde e sobre a formação dos trabalhadores desta área.

Nessa perspectiva, alguns estudos apontam a crise na formação e no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, decorrente das mudanças do processo produtivo e aspectos relativos ao mercado de trabalho, da organização dos serviços e dos processos educacionais que enfatizam a especialização exagerada, a desarticulação ensino-serviço, e a desintegração de aspectos biológico-social, básico-profissional, individual-coletivo (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007b; CAMPOS *et al.*, 2001; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FALCON; MEIRELLES, 2006).

Cabe também salientar a crítica do Ministério da Saúde sobre a formação profissional na área da saúde, que se baseia na reprodução de modelos de ensino conservadores, centrados na fisiopatologia, em equipamentos de apoio diagnósticos e terapêuticos e limitados à aprendizagem em Hospitais Universitários (BRASIL, 2004a). Apesar da Constituição Federal de 1988 indicar o papel do SUS no ordenamento da formação de recursos humanos para a saúde, esta tarefa ainda não tem sido incorporado como uma prática institucional (CAMPOS *et al.*, 2001), prevalecendo o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS (BRASIL, 2007b).

Nessa perspectiva, nos últimos anos, os avanços alcançados na gestão do sistema de saúde vêm definindo as necessidades de requalificação dos profissionais da saúde de forma dinâmica, apontando para a revisão dos modelos de formação adotados, tendo os princípios e pressupostos dos SUS como base para a mudança das metodologias e dos conteúdos programáticos utilizados no ensino (MOTTA *et al.*, 2004). Portanto, a busca por mudanças no processo de formação de recursos humanos para o SUS implica na transformação de concepções e práticas e também na produção de novos conhecimentos e saberes (FEUERWERKER, 2003).

Sabe-se que as mudanças no processo de reorientação profissional são complexas, exigindo que as universidades recebam apoio técnico e político para realizá-las. Para tanto, almeja-se que as universidades estejam abertas às demandas sociais e sejam capazes de produzir conhecimento

relevante e útil para a contínua construção do sistema de saúde (FEUERWERKER, 2003). Esses conhecimentos implicam um processo de formação por meio da reflexão cotidiana da realidade dos serviços de saúde e da comunidade, imprimindo a necessidade de mudanças nos cenários de ensino-aprendizado de salas de aula e serviços-escola para o mundo do trabalho (CHIRELLI, 2002). A articulação ensino-serviço-comunidade, portanto, constitui importante estratégia para a efetiva integração entre teoria e prática, a qual deve, também, proporcionar reflexão a cerca da realidade, fazendo com que o aluno elabore a crítica e busque soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados (CHIRELLI, 2002).

Sensibilizados pela problemática da necessidade de mudança na formação profissional gestores e docentes das universidades vem buscando parcerias com os serviços de saúde e movimentos populares por acreditar que as transformações jamais ocorreriam de forma isolada no interior das instituições de ensino. No entanto essas parcerias, muitas vezes, são dificultadas pelas condições dos serviços, os quais enfrentam elevadas demandas, impossibilitando os profissionais de realizarem atividades de ensino e pesquisa (FEUERWEEKER, 2000).

Com a finalidade de minimizar as dificuldades, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação têm envidado esforços na viabilização de projetos de incentivo ao incremento de parcerias entre as universidades e os serviços de saúde, buscando promover o ensino mais próximo da realidade e visando o fortalecimento do SUS (PEREIRA, 2007). Dentre os projetos referidos destacam-se: o programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina – PROMED (BRASIL, 2002), vivência e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil - VERSUS (BRASIL, 2004b), Integralidade e APRENDER SUS (BRASIL, 2004c) e Programa de Reorientação da formação Profissional em saúde – PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005), entre outros.

Tais projetos integram a política de educação para o SUS e reforçam a articulação de elementos necessários para criar um contexto de formação mais favorável às transformações nas práticas de saúde e de educação envolvendo estudantes, docentes, dirigentes e profissionais. Ademais, as iniciativas mencionadas refletem o empenho dos níveis estratégicos do governo em assumir papel mais ativo em face das necessidades do SUS por meio de investimentos e desenvolvimentos de projetos que incentivam a formação de recursos humanos de acordo com a realidade de saúde da população.

Neste estudo, pressupõe-se que o distanciamento, durante a formação do enfermeiro, das necessidades de saúde da população influenciam sua atuação profissional na atenção primária à saúde.

Tendo em vista as considerações apresentadas, questionamos: Como o enfermeiro vem sendo formado para atuar na atenção primária? Quais são as facilidades e dificuldades reconhecidas pelo enfermeiro em seu processo de formação para atuar na atenção primária?

Acredita-se que as respostas para essas inquietações devem ser captadas juntamente aos profissionais dos serviços da atenção primária, pois é neste espaço, que ocorrem as situações complexas do cotidiano de trabalho, levando o enfermeiro a confrontar as competências desenvolvidas durante o curso de graduação com as requeridas no exercício profissional.

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Conhecer a percepção de enfermeiros acerca do seu processo de formação profissional para atuar na atenção primária.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar aspectos facilitadores e dificultadores do processo de formação do enfermeiro para sua atuação na atenção primária;
- Conhecer as influências do processo de formação profissional na atuação do enfermeiro na atenção primária;
- Identificar as competências essenciais para o trabalho do enfermeiro na atenção primária.





2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O modelo de atenção à saúde e sua representação política

No Brasil, o processo saúde-doença vem passando por profundas modificações. No início, influenciados pela teoria bacteriológica, os serviços de saúde se organizavam dentro de uma perspectiva sanitarista, cuja ênfase era dada às ações coletivas, tais como o saneamento básico, o controle de vetores e a higienização do meio ambiente. Esse movimento dominou o cenário político de saúde no Brasil, dividindo a atenção à saúde na medicina, que curava por meio de diagnósticos clínicos, patológicos e terapêuticos e na saúde pública que propunha ações de prevenção das doenças por meio de atividades campanhistas, pela descoberta e isolamento dos indivíduos doentes contagiantes e proteção dos sadios, com saneamento do meio e destruição dos vetores biológicos (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Nesse cenário, pela primeira vez se pensava em um modelo de saúde tecno-assistencial baseado na integração de ações coletivas e individuais, cujo ponto de apoio seria constituído por meio de serviços básicos de saúde permanentes, elaborados com um planejamento governamental. Também, levantou-se a questão da organização dos serviços médicos privados (MERHY; QUEIROZ, 1993). Assim, surgiu no Brasil, em 1923, o seguro social, com a promulgação da Lei nº 4682, instituindo o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que atendeu em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas (FINKELMAN, 2002). Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos (FINKELMAN, 2002).

Nessa época, o poder político e social interferiu fortemente no setor saúde, acarretando a separação entre a assistência médica e a saúde pública, priorizando investimentos para a primeira e, conseqüentemente, o sucateamento da segunda (MERHY; QUEIROZ, 1993). Dessa forma, o aumento das especialidades médicas, a fragmentação do saber e, por sua vez, a divisão do corpo humano foram inevitáveis. O conceito saúde-doença estava voltado para os cuidados individualizados e curativos, configurando-se um modelo de saúde centrado no profissional médico com o acesso livre à saúde apenas para o governo, empresas e empregados (MENDES, 1996). Esse fato proporcionou o crescimento das indústrias farmacêuticas, a dissociação da clínica com a epidemiologia, retratando preocupações apenas com os aspectos fisio-morfológicos dos indivíduos.

Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. O primeiro instituto, destinado aos funcionários públicos federais, foi criado em 1926 e mais tarde denominado Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). O último a ser criado foi o dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP), em 1953. As IAPS eram autarquias centralizadas no governo federal e única forma de assistência a saúde da época. Percebe-se que essa estrutura organizada deu margem para o surgimento de um IAPS para cada segmento profissional que, posteriormente, resultou no Instituto de Administração da Previdência Social - IAPAS (BRASIL, 2002a).

Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi instituído o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência (FINKELMAN, 2002).

Enquanto a assistência médica evoluía de forma segmentada e restrita aos contribuintes urbanos da previdência social, no âmbito da saúde pública surgia à primeira mudança na cultura campanhista de atuação verticalizada do governo federal com a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Esse serviço, elaborado em função do acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, tinha por objetivo fundamental proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam, na época, uma inestimável contribuição do Brasil ao esforço de guerra das democracias no desenrolar da II Guerra Mundial (BRASIL, 2002a). Por isso, seu espaço geográfico inicial de atuação limitou-se à Amazônia. No decorrer de sua existência, o SESP, foi transformado, em 1960, em fundação do Ministério da Saúde e destacou-se pela atuação em (FINKELMAN, 2002).

Áreas geográficas distantes e carentes e pela introdução de inovações na assistência médica-sanitária, tais como técnicas de programação e avaliação e métodos de capacitação de pessoal em saúde pública. Foi também pioneiro na atenção primária domiciliar, com o uso de pessoal auxiliar e, sobretudo, na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde, proporcionando serviços preventivos e curativos, inclusive internação em especialidades básicas em suas Unidades Mistas. A atuação bem-sucedida e o decorrente prestígio como organização, deve-se em grande medida à gestão profissional viabilizada pela adoção de regime de trabalho em tempo integral e dedicação exclusiva de seus quadros (p.68)

Com o objetivo central de corrigir os inconvenientes da segmentação institucional e, com isso aumentar a eficiência do sistema, criou-se, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social

(INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (BRASIL, 2002a). Os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias: os que podiam pagar pelos serviços, aqueles que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS e os demais que não tinham nenhum direito e quando necessitavam eram atendidos pelos serviços públicos de saúde e instituições filantrópicas.

Com a crise de financiamento da previdência, que começava se manifestar a partir de meados da década de 70, o INAMPS adotou várias estratégias para racionalizar suas despesas e começou, na década de 80, a "comprar" serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente, por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade da clientela (MERHY; QUEIROZ, 1993). No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal da clientela, as chamadas Ações Integradas de Saúde (AIS), dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Essas ações produziram um deslocamento significativo de recursos financeiros para o setor público.

No mesmo período, o Brasil estava passando por profundas mudanças no cenário político, o que privilegiou o início de uma intensa discussão conceitual e metodológica sobre a organização dos serviços de saúde. Esses debates ganharam força com o moderno movimento de promoção à saúde, que surgiu no Canadá em maio de 1974, por meio da divulgação do documento "Informe Lalonde" (BUSS, 2003) Os fundamentos desse documento se encontravam na introdução de um novo conceito de saúde, levando em conta os "determinantes de saúde", que contemplam quatro amplos componentes: a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde (BUSS, 2003).

O Informe Lalonde influenciou as políticas sanitárias de outros países como Inglaterra e Estados Unidos e estabeleceu as bases para a conformação de um novo paradigma formalizado na URSS, na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978, com a proposta de "Saúde para Todos no ano 2000" e a "Estratégia de Atenção Primária de Saúde" (ALMEIDA *et al.*, 1998). A Conferência de Alma Ata é considerada o evento mais importante para a Saúde Pública mundial por postular por meio da Carta de Otawa, a ideia da saúde como qualidade de

vida, fundamentada pela necessidade de ambientes sustentáveis, participação da população e reorganização dos serviços de saúde (BUSS, 2003).

Inspirados nessa ideia de prevenção e promoção da saúde, os trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade brasileira buscaram reformular o conceito de saúde-doença em uma perspectiva mais humana, no qual todos os elementos que envolvem a posição social de um indivíduo (sexo, idade, estado civil, rede de apoio, posição geográfica) podem interferir na sua saúde (BRASIL, 2002b). Esse processo, no contexto da democratização do Brasil, foi denominado de Movimento de Reforma Sanitária.

No âmbito das discussões sobre o sistema de saúde brasileiro, foi na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que o Movimento de Reforma Sanitária lançou as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde. Essa conferência teve desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006a).

Como decorrência da Constituição Federal, elaborou-se, no período de 1989 a 1990, a Lei n. 8.080 de 1990, que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais (BRASIL, 1990). A referida lei estabelece como princípios e diretrizes a universalidade, equidade e integralidade em todos os níveis de assistência, considerando a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Neste sentido, surge um novo compromisso para a assistência a saúde referenciada pelo compromisso de ética pela vida, com a promoção e recuperação da saúde. Ressalta-se que a assistência à saúde passou a ter um caráter único, ou seja, seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios organizacionais, em todo o território nacional, envolvendo as três esferas do governo em sua direção e manutenção (BRASIL, 2004).

A instituição do SUS produziu resultados imediatos, sendo o mais significativo o fim da separação entre os incluídos e os não-incluídos. Dessa forma, pouco tempo depois, sentiu-se a necessidade de co-responsabilizar os usuários do sistema a participarem na gestão dos serviços públicos de saúde. Assim, a Lei n. 8142 de 1990, garantiu a municipalização dos serviços de saúde, entendida como único meio capaz de permitir ao mesmo tempo racionalidade administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade (BRASIL, 2002a).

Atualmente, a rede de serviços de saúde busca oferecer um serviço com ações articuladas que priorizem a escuta e a compreensão da população para atender às suas reais necessidades. Nesse sentido, o novo modelo de atenção à saúde vem reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios, tendo como foco principal a família, entendida e percebida no contexto do seu ambiente físico e social (MERHY; FRANCO, 2000). Para a efetivação desse modelo,

tornou-se estratégica a organização de uma rede primária de saúde que funcione como porta de entrada do sistema mais amplo, assegure um fluxo de referência e contra-referência, obedeça a uma hierarquia tecnológica de assistência à saúde, e intervenha na promoção da saúde, na prevenção de agravos no momento mais simples da doença. Para intervir dessa forma na saúde da população, foi necessário introduzir a visão de não esperar a demanda chegar para prestar assistência e sim agir sobre ela preventivamente.

Como medida primária, criou-se em 1991 o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na tentativa de inserir na comunidade um indivíduo que participe da dinâmica sócio-cultural do local para mediar as relações e garantir o diálogo entre a população e os profissionais da saúde. Essa iniciativa, embora tenha facilitado a comunicação entre a população e o serviço, não foi suficiente para integralizar as ações entre os profissionais da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Estudos apontaram para novas estratégias de atenção à saúde no âmbito local e um dos avanços, tanto para organização como para formação de redes de referência em vários municípios e estados, foi a implantação do PSF em 1994 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Esse programa surgiu em um contexto político complexo, no qual diversos autores do campo da saúde coletiva (CAMPOS, 1994; MENDES, 1995; PAIM, 2002) debatiam sobre a necessidade de combinar meios técnico-científicos para promover a saúde e resolver os problemas individuais e coletivos, com qualidade, efetividade e equidade, ou seja, de estruturar modelos assistenciais capazes de atender às necessidades de saúde da população.

Nos primeiros anos, a implantação do PSF foi alvo de diversas críticas quanto ao seu provável caráter social. Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo era que o indivíduo deixasse de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores e, ainda, fosse possível desenvolver novas ações de saúde humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (BRASIL, 2000). Como medidas necessárias à implantação das ESF, o Ministério da Saúde aponta:

uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS. Quando ampliadas esta equipe conta com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2006a, p.10).

No período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005, foram implantadas 7.866 novas ESF, totalizando 24.564 em atuação pelo país, com um aumento da cobertura populacional de 54,9 milhões de habitantes em dezembro de 2002 para 78,6 milhões em dezembro de 2005. Com relação aos ACS, foram incluídos 32.641 novos agentes no período de dezembro de 2002 a dezembro de

2005, totalizando 208.104 em atuação (BRASIL, 2007a). Hoje, são 27.324 ESF e 211 mil agentes ACS prestando serviços caracterizados como atenção primária em mais de 5 mil municípios brasileiros (BRASIL, 2007a). Esse contingente de trabalhadores assume papel relevante no sentido de consolidar e qualificar a estratégia saúde da família como modelo de atenção primária e como centro ordenador das redes de atenção à saúde, constituindo-se como porta de entrada preferencial do SUS (BRASIL, 2006b). Esses números apontam para a importância de se direcionar estudos referentes a melhoria da qualidade destes serviços que cada dia mais, vem sendo consolidado como política de saúde em todo o país.



FIGURA 1 – Linha do tempo retratando os modelos de atenção e as políticas de saúde no Brasil.
FONTE: Elaborado para fins deste estudo.

O novo modelo de atenção à saúde, adotado no Brasil, vem se expandindo e sendo incorporado pela população. Na busca pela consolidação do sistema, tem-se caminhado para a construção de um modelo que ofereça respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde, considerando a heterogeneidade e diversidade política, econômica e cultural de cada região do nosso país. Apesar das mudanças decorrentes da implantação do SUS, alguns desafios ainda persistem na configuração de novas práticas no setor saúde. Entre esses desafios salienta-se que, a ausência de recursos humanos em saúde, com capacitação técnica adequada para trabalhar no SUS, ainda hoje, é realidade nos municípios brasileiros.

Um estudo de revisão realizado por Scherer (2006) aponta que em vários estados e municípios brasileiros há um número significativo de profissionais sem qualificação adequada para atuar no PSF. Portanto, nesse constante processo de construção do SUS, a ausência de profissionais da saúde com perfil adequado para atuar em um modelo de atenção que apresenta uma concepção ampliada de saúde, tem sido um grande problema para sua implantação. Assim sendo, Ceccim e

Feuerwerker (2004) apontam que a formação dos recursos humanos na saúde é um dos mais graves problemas do SUS. Para esses autores, os profissionais recém-formados saem despreparados para atuarem na complexidade inerente à área da saúde, bem como para compreenderem o controle da sociedade sobre o setor.

2.2 Formação profissional para o setor saúde

O campo da saúde é articulado ao conjunto da sociedade e como tal sofre as influências políticas, sociais e culturais do contexto no qual está inserido. Nesse sentido, a saúde transcende os limites setoriais, na medida em que depende de políticas sociais, micro e macroeconômicas, relações comportamentais, ações institucionais e individuais (MINAYO, 2004).

Inseridas na dinâmica social contemporânea, as políticas de educação superior para as profissões da saúde trazem novos desafios para a formação profissional, ao tentarem adequar seus processos de ensino às necessidades de saúde da população (SANTANA *et al.*, 1999). Os egressos das escolas geralmente desconhecem ou não se interessam pelos principais problemas de saúde pública e o enfoque do ensino predominante nas escolas privilegia o tratamento da doença com base na especialização e no arsenal tecnológico mais recente.

No século passado, o modelo que fragmentou o conhecimento na área da saúde baseou-se no Relatório Flexner, de 1910, que se caracterizou, principalmente, pela formação sólida na atenção clínica individual, com pouca abordagem dos aspectos preventivos e de promoção à saúde, valorizando o aprendizado em ambientes hospitalares e as especialidades médicas (LAMPERT, 2006).

Os discursos no setor saúde refletem a existência de inadequações, cada vez mais amplas e graves, entre a formação dos profissionais e a realidade do sistema de saúde. De um lado, segundo Falcón *et al.* (2006) estão os saberes que se transmitem nos centros de ensino, que são desunidos, divididos e compartimentados. De outro, estão as realidades ou problemas cada vez mais transversais, multidisciplinares e globais, favorecendo, no mercado de trabalho, a carência de profissionais com qualidades diferenciadas, que saibam agir, tomar decisões e usar a criatividade para solucionar problemas. Nessa mesma linha de raciocínio, Almeida e Ferraz (2008) enfatizam a problemática dos recursos humanos em saúde como a combinação de habilidades para o trabalho em equipe e o desequilíbrio na distribuição da força de trabalho. Além disso, a assistência à saúde atual requer laços interpessoais fortes e decisivos para a própria eficácia do ato de cuidar, o que demanda novas atitudes dos profissionais em relação à população usuária dos serviços de saúde.

Segundo estimativas baseadas em informações do sistema de Relação Anual de Informações Sociais e Cadastro Geral de Empregados e Demitidos, bases de dados do Ministério do

Trabalho e Emprego (RAIS-CAGED), o mercado de trabalho formal do setor saúde absorve aproximadamente 2,5 milhões de empregos, o que representa cerca de 10% do total de empregos existentes na economia formal do país. Os empregados em profissões e ocupações de saúde somam 930.189 vínculos, e os empregados na área de enfermagem, aproximadamente, 500.000 trabalhadores (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Esses dados demonstram a importância do setor saúde no conjunto do mercado de trabalho, bem como a participação destacada do pessoal de enfermagem. Evidências empíricas apontam a favor de tendência confiável nesse sentido, já que as atividades de prestação de serviços de saúde aparecem com destaque entre os setores que mais geram empregos. Assim, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir saúde, pois em um mesmo espaço se reúnem diferentes expectativas, interesses e distintos atores sociais.

No Brasil, além dos aspectos gerais do crescimento do mercado de trabalho em saúde, é importante ressaltar a perspectiva conformada pelas definições da política pública de saúde, que anuncia a consolidação do PSF mediante a ampliação acelerada do número de equipes básicas. Isso demonstra uma demanda significativa de novos profissionais, em cada um das três áreas do conhecimento que compõem a referida equipe básica (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem), além de mais de uma centena de milhares de agentes comunitários de saúde (SANTANA *et al.*, 1999).

A implementação do PSF vem conferindo significativos avanços técnicos, econômicos e políticos à atenção primária. Uma visão prospectiva do sistema de saúde, portanto, terá que considerar os diversos aspectos decorrentes da estratégia de organização de serviços centrada na saúde da família. Além da importância do PSF no contexto do SUS, há que considerar a adoção de esquemas assistenciais que estão sendo adotados pelo Sistema de Atenção Médica Suplementar, que incorporam processos assemelhados aos do PSF, em termos de recursos humanos e tecnologia (RIBEIRO, 2005).

Sendo assim, atualmente, duas necessidades concretas permeiam as atividades em saúde: a expansão da rede de atenção primária e a necessidade de lidar com problemas cada vez mais complexos, exigindo que o trabalho seja tomado como prática social, interdisciplinar, envolvendo desde a atenção individual, até ações de promoção da saúde, da qualidade de vida e de atenção às iniquidades (WITT, 2005). Nesse sentido, o pessoal que atua no setor saúde constitui a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde disponíveis para a população. Torna-se, portanto, necessário um novo perfil profissional sintonizado com competências que ultrapassam a excelência técnica e incluem as dimensões socioeconômicas e culturais para enfrentar os problemas de saúde da população, nas esferas individual e coletiva (RIBEIRO, 2005).

Dentro desse contexto, acredita-se que consolidar o SUS significa estabelecer estratégias de articulação entre os diferentes níveis e disciplinas de formação profissional e os serviços de saúde, tendo como eixo as interfaces entre os sistemas da educação e da saúde, promovendo uma análise crítica sobre os atuais impasses e limites vivenciados para a plena consolidação de um sistema de saúde compatível com os desafios impostos pela contemporaneidade (AMÂNCIO FILHO; TELLES, 2003).

O trabalho em saúde é realizado em conjunto com várias profissões, e em cada uma delas, atuam pessoas com paradigmas, experiências pessoais e laborais diferentes (SCHERER, 2006). Estes profissionais colaboram para a produção da assistência e, ao mesmo tempo, recriam saberes e reorientam as disciplinas e as práticas de saúde. Porém, há uma desigual valoração social das disciplinas, bem como das profissões, o que dificulta a concretização de práticas interdisciplinares com articulação das ações, dos saberes tecnológicos, dos compromissos ideológicos, bem como, de um projeto ético-político para o adequado funcionamento dos serviços de saúde (SCHRAIBER; PEDUZZI, 2004).

Há que se ressaltar que a estrutura e a organização do trabalho em saúde estão diretamente relacionadas e são influenciadas por sua divisão técnica e social, ou seja, pela hierarquia institucional, pelo processo e ritmo de trabalho, pela distribuição de atividades entre os profissionais, pelos tipos e níveis de sociabilidade e comunicação estabelecidas na organização, pelos níveis de formação e especialização no trabalho (OLINISKI; LACERDA, 2004).

Na tentativa de adequar a formação profissional desses trabalhadores às necessidades de saúde, o governo vem imprimindo esforços para mudanças significativas tanto na organização da rede de serviços, quanto na formação dos profissionais envolvendo a universidade e a comunidade com as questões de saúde. Diante disso, nos últimos cinco anos o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação propuseram políticas que estimulam a parceria das universidades com os serviços, bem como um ensino mais próximo da realidade social. Tais projetos têm como alvo o fortalecimento do SUS e dentre eles destacam-se:

- As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, publicadas em 2001, com o objetivo de valorizar o profissional generalista, tecnicamente competente e com sensibilidade social, bem como apontar para as universidades a necessidade de adequarem seus currículos de graduação para a formação de recursos humanos em saúde, focalizando elementos como atenção integral e humanizada, trabalho em equipe e compreensão da realidade (BRASIL, 2001);

- O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED, em 2002, foi uma proposta de apoio as escolas médicas que gostariam de voluntariamente adequar seus processos de ensino, produção de conhecimento e de serviços às necessidades do sistema de saúde, com excelência técnica e relevância social. Ressalta-se que esse programa reafirmou as orientações contidas nas Diretrizes Curriculares para os cursos médicos, no sentido de que estes devem formar profissionais com competência para terem postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; orientação para atuar em nível primário e secundário de atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde (BRASIL, 2002);
- O projeto vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil - VER-SUS – Brasil, em 2004, aproximou os futuros profissionais da realidade da organização dos serviços de saúde, principalmente direcionado à gestão do sistema, por meio da integração do aluno com o serviço. Construído em parceria entre o Ministério da Saúde e o Movimento Estudantil dessa área, o VER-SUS teve como principal objetivo proporcionar aos estudantes a vivência e a experimentação da realidade do SUS, bem como, estreitar relações de compromisso e de cooperação entre estudantes, gestores da saúde, instituições de ensino superior e movimentos sociais, para efetivar a integralidade em saúde e a educação significativa de profissionais (BRASIL, 2004b);
- Em continuidade ao VER-SUS, no mesmo ano, o governo lançou o projeto Integralidade e Aprender – SUS enfocando a formação profissional sob o eixo da integralidade, por acreditar que atenção integral à saúde implica a ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações (BRASIL, 2004c). Com o Aprender-SUS o Ministério da Saúde pretendeu dar mais um passo essencial na construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior;
- Em complementação aos projetos de fortalecimento do SUS, em 2005, o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde teve como objetivo suceder e ampliar o projeto inicial de implementação das DCN nos

cursos de medicina, enfermagem e odontologia. A estratégia utilizada para colocar em prática o Pró-Saúde focalizou a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem como forma de favorecer a integração do ensino às demandas da sociedade, às políticas sociais e ao SUS (BRASIL, 2005). Além disso, o programa buscou incentivar transformações no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença.

- Como instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS, em 2008, foi lançando o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, com o objetivo de estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2008).

Atualmente, o ensino na área da saúde vem sendo estruturado a partir da tentativa de problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das populações. Porém, esse processo engloba aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas, de pensamento e de conhecimento sobre o SUS, e portanto, somente pode ser viabilizado a partir de um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, o que explica as iniciativas apontadas pelo governo em parceria com as universidades e serviços (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esse trabalho articulado deve buscar a transformação e organização dos serviços e dos processos formativos, por meio de estratégias que envolvam atividades de coleta, sistematização, análise, interpretação permanentemente das informações da realidade e problematização do processo de trabalho. Dessa maneira é possível construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A formação de pessoal para área da saúde envolve reflexões que devem ir além dos recursos estruturais disponíveis em cada instituição, apesar de serem necessários. É preciso olhar para o modo como seguem os processo de ensino e aprendizagem e as variáveis que implicam na sua composição, tais como as maneiras como os docentes se vinculam às práticas de ensino, suas

adesões às necessidades dos alunos, seus modos de agir na produção dos serviços, entre outros (MERHY, 2002). Nesse sentido, as universidades devem cumprir seu papel de trabalhar em função de uma formação profissional cujo perfil atenda as necessidades da população em todos os níveis de atenção e ao longo dos seus processos sócio-vitais, afinal é consenso que a formação em saúde afeta profundamente a qualidade dos serviços e o grau de satisfação dos usuários (COTTA *et al.*, 2006). Para isso, as instituições de ensino devem garantir uma aprendizagem, na qual o aluno vivencie seu percurso produtivo, evitando formar profissionais alienados, preocupados somente com suas competências específicas sem colocá-las a serviço de um projeto integral (MERHY, 2002), na lógica do trabalho em equipe.

2.3 O processo de formação profissional do enfermeiro

As discussões sobre educação e formação vêm sendo amplamente difundidas no cenário mundial, pois fatores como o impacto da sociedade da informação, do mundo tecnológico, da internacionalização da economia e da busca pela sustentabilidade impõe a todos a luta pelo domínio do saber (FERENC, 2008). Nessa perspectiva, a formação se coloca como veículo de democratização do acesso à cultura, à informação e ao trabalho, obrigando o sistema educacional a adequar-se ao processo de reestruturação produtiva, compelindo os cursos de graduação a mediar sua formação pautada nos conceitos da flexibilidade, integração e relação entre teoria e prática.

Na área do ensino da enfermagem, critica-se as grades curriculares fechadas com predomínio de disciplinas obrigatórias sobre as optativas, dificultando que os discentes exercitem sua autonomia e transitem em diferentes possibilidades de escolha, construindo e monitorando seu percurso pedagógico (TAVARES, 2003). Ademais, questiona-se a ênfase na transmissão de conteúdos e métodos de ensino que distanciam o discente dos processos que permitem a criação do seu próprio saber.

Esta reflexão nos remete a entender a educação como uma relação que o educando estabelece com o meio natural e cultural, pois, no seu processo de formação o aluno leva em conta os fatores sociais como a família, a comunidade e a escola (FERNÁNDEZ GONZÁLEZ; DOMINGOS, 2005). Nesse sentido as aprendizagens implicam a integração de saberes e novas construções conceituais.

Para Freire (1997) a educação deve permitir a compreensão do conhecimento na construção da cidadania, contribuindo para formação de uma consciência não fragmentada capaz de permitir aos sujeitos sociais a formulação de alternativas e a implementação de mudanças. Assim, a educação é assumida como uma reflexão sobre a realidade, levando-se em conta as potencialidades

imanentes dos sujeitos na construção de uma sociedade mais democrática. Para tanto, o processo educativo é um movimento crítico, problematizador, que estimula a esperança e permite a releitura do mundo e da relação homem-mundo (FREIRE, 1997).

A formação em enfermagem vem sofrendo, já há algum tempo, um processo de discussão e reformulação em função das mudanças políticas de saúde e dos modelos assistenciais. A primeira tentativa de sistematização do ensino de enfermagem no Brasil ocorreu em 1890 com a criação da escola profissional de enfermeiro no Rio de Janeiro, cuja finalidade era preparar enfermeiras para os hospícios e hospitais civis e militares sem, contudo, adotar a concepção de uma enfermagem baseada em princípios científicos, com ações sistematizadas e planejadas (FERNANDES, 2006). O currículo adotado nessa época teve como referência o modelo Francês e abordava noções de propedêutica clínica, anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, cuidados especiais, tratamentos através de banhos e administração e economia das enfermarias (FERNANDES, 1988).

Com as repercussões da Primeira Guerra Mundial, a Cruz vermelha Brasileira deu início a um curso de enfermagem com a finalidade de preparar voluntários para as emergências de guerra. No decorrer dos anos até as décadas de 40 e 50, o ensino de enfermagem passou por transformações, em virtude do desenvolvimento técnico-científico e da utilização de equipamentos modernos e sofisticados para a época, expressos na criação dos centros de excelência de tratamento intensivo (GERMANO, 2003). Percebe-se que as transformações sócio-políticas e econômicas da sociedade brasileira refletiram-se inevitavelmente na enfermagem, o que foi evidenciado por alguns fatores, como:

a passagem do ensino de enfermagem para ensino superior, em 1962; o surgimento do novo currículo mínimo, em 1972; e a implantação dos primeiros cursos de pós-graduação seguindo a reforma universitária de 1968. A criação dos cursos de pós-graduação fortaleceu a tendência vinda da década anterior, que apontava para a cientificidade da categoria e a necessidade vigente de enfermeiras especialistas, instaurando habilitações em enfermagem médico-cirúrgico, obstétrica e em saúde pública. Grande ênfase foi dada, nesse período, às disciplinas de administração, reafirmando o papel preconizado por Florence Nightingale. A passagem do ensino de enfermagem para o nível universitário e o surgimento dos cursos de pós-graduação refletiram-se na produção intelectual da categoria (KLETEMBERG, 2004, p.34).

No bojo desse processo, ficou evidenciada a necessidade de uma forma de trabalho qualificada, tornando obrigatória a existência do ensino de enfermagem em todo centro universitário ou sede de faculdades de medicina, além de definir um ensino voltado para a área hospitalar centrado no modelo clínico e com aderência ao mercado de trabalho da época (BRASIL, 1974).

A partir de então, até meados dos anos 80, a formação de enfermagem esteve centrada em ações curativas, tendo como referência a atenção hospitalar. Ressalta-se que o ensino de enfermagem, apesar de instituído em 1923 sob a influência do sanitarismo, só passou a ser

consolidado por meio do desenvolvimento industrial e modernização dos hospitais. Há que se destacar que, na década de 70, a necessidade do aumento do número de trabalhadores de enfermagem não se limitou apenas às enfermeiras, mas também ao técnico em enfermagem, que resultou do tecnicismo e do fortalecimento do ensino médio profissionalizante (KLETEMBERG, 2004).

Nos anos 80, estabeleceu-se a crise da enfermagem brasileira, mediante a existência de contradições no interior de seu trabalho e do seu pensar, exigindo uma redefinição da profissão como prática social (ALMEIDA; ROCHA, 2000). Esse movimento aconteceu em consonância com o processo de redemocratização do país e fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária, imprimindo uma nova compreensão para o processo saúde-doença (GERMANO, 2003). A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em conjunto com a Comissão de Especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura – SESUMEC, entidades de classe e Escolas de Enfermagem liderou, em 1986, o processo de discussão sobre o currículo de enfermagem em todo país. Em 1987, a ABEn promoveu quatro seminários regionais e um nacional com o tema Ensino Superior na Enfermagem, visando caracterizar a situação do ensino de graduação e apresentar alternativas para os problemas identificados. Nessa direção, a educação em enfermagem passou por uma redefinição, procurando assegurar a formação profissional crítica e reflexiva, entendendo a estreita relação do processo saúde-doença com os modos de vida e trabalho da população. Também a promulgação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem em 1986, contribuiu fortemente para acender as discussões acerca da regulamentação das ações dos profissionais de enfermagem e influenciar a reformulação do processo de formação, em decorrência das mudanças nas políticas de saúde e nos modelos assistenciais (FAUSTINO *et al.*, 2003). Como resultados desse período, além da definição de eixos temáticos para o ensino da enfermagem com a inclusão do currículo mínimo para o curso de graduação em todo país, foi também estipulado o percentual da carga horária dos cursos de enfermagem de 3.500 horas e a sua duração mínima de quatro anos e máxima de seis.

Em virtude da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394 de 1996, inovações e mudanças na educação nacional foram realizadas (BRASIL, 1996). No tocante às alterações realizadas, foram reestruturados os cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso. Ressalta-se que a LDB trouxe novas responsabilidades para as instituições de ensino superior, devido ao fato delas passarem a ter liberdade para definir parte considerável de seus currículos. Assim, essa lei permitiu a formação de diferentes perfis profissionais, esperando a melhor adaptação do formando ao mercado de trabalho (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

As DCN para o curso de enfermagem foram concretizadas a partir de 2001, trazendo perspectivas para capacitação do profissional para o exercício das competências gerais e específicas.

Dentre as competências gerais estão a atenção a saúde, a tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Nesse sentido, as DCN definem o perfil dos enfermeiros como

Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas / situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes (BRASIL, 2001).

Em todo o percurso histórico do ensino de enfermagem no Brasil, as relações sociais e as políticas de educação e saúde influenciaram diretamente no contexto da formação dos enfermeiros. Nesse processo, muitos desafios estão sendo encontrados, pois a implantação das DCN para os cursos de enfermagem implicam mudar paradigmas, fazer rupturas em práticas e crenças internalizadas. Faustino *et al.* (2003), cometam que:

as escolas têm a frente um grande desafio: respeitando a vocação e a identidade institucional, utilizar as Diretrizes como estratégias estimuladoras de discussões coletivas para subsidiar a construção de projetos políticos pedagógicos que aproximem a formação de Enfermagem das necessidades locais de saúde. Assim procedendo, estarão favorecendo a consolidação do SUS, um modelo de atenção à saúde cujas práticas sanitárias se fundamentam em um conceito ampliado de saúde e justiça social (p.346).

Contudo o grande desafio é o de formar enfermeiros com competência técnica e política, como sujeitos sociais dotados de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidade para fortalecer o Sistema Único de Saúde (FERNANDES, 2006).

Um dos desafios que podem ser visualizados hoje, dizem respeito a fatores como a crise de financiamento das universidades públicas e a expansão indiscriminada de novos cursos de enfermagem. O número de cursos de graduação em enfermagem no Brasil apresentou em 2008 um total de 661 cursos, sendo 18,0% em universidades federais e 82,0% em universidades privadas (INEP, 2008). Esse dado, analisado segundo as regiões brasileiras, demonstra que no Estado de Minas Gerais, até o ano de 2000, existiam 16 cursos de graduação em Enfermagem, em dezembro de 2008 já apresentava 112 cursos, correspondendo a um crescimento de aproximadamente 600,0% (INEP, 2008). Diante desses números, o Ministério da Educação apontou a necessidade de ações direcionadas para o planejamento na expansão dos cursos superiores no país, para evitar a sua massificação, pois, caso contrário, a qualidade do ensino e, conseqüentemente, a qualidade da assistência serão irremediavelmente comprometidas (BRASIL, 2007c), ferindo os princípios da política de saúde atual. Dentre as estratégias para a reorientação da formação está o controle da abertura dos

cursos de psicologia, odontologia e medicina pelo Conselho Nacional de Saúde. As demais profissões não passam por esta regulação, mas a enfermagem conquistou em 2009 a exigência de carga horária mínima de 4.000 horas para formação do enfermeiro.

É consenso que a formação profissional afeta profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (BRASIL, 2007b). Nessa perspectiva, uma formação de baixa qualidade resultaria em um serviço carente de profissionais com conhecimentos, habilidades e competências necessárias para atuar no SUS. Assim a enfermagem, por meio de suas ações específicas, necessita se reestruturar segundo os princípios do SUS e assumir uma nova postura diante da população, responsabilizando-se pelo enfrentamento dos problemas existentes. Para isso é necessário romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade.

2.4 A atuação do enfermeiro na atenção primária

A compreensão da enfermagem como trabalho envolve a consideração de suas características centrais como: as ações de cuidar, administrar e educar. Dessas ações, são construídos modos de pensar e fazer enfermagem nos diversos contextos de serviços, com potenciais de intervenção crítica e transformadora, em alianças com setores da população e com os demais profissionais.

Historicamente, a entrada das primeiras enfermeiras com foco na Saúde Pública, se deu estrategicamente na coordenadoria de saúde da comunidade, marcando uma nova era no serviço de enfermagem. Esse profissional introduziu as técnicas de enfermagem, o processo de dividir o trabalho em tarefas, a hierarquia e a atribuição de cada atividade a determinado agente da equipe, característica marcante dos hospitais, no cenário da atenção na comunidade (VILLA *et al.*, 1997).

Na década de 70, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), preparou e organizou toda a produção de literatura relacionada à difusão das ideias e do conhecimento da Saúde Pública. Em 1976, o comitê assessor da OPAS orientou a formação de pessoal de enfermagem comunitária, destacando a importância dos métodos e conceitos epidemiológicos. Além disso, definiu que a enfermagem comunitária tinha como sujeito a comunidade global, sendo que as suas ações deveriam estar dirigidas à população como um todo (ALMEIDA, 1991).

Assim sendo, a OPAS e o Ministério da Saúde, em 1977, publicaram o que ficou conhecido como Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade. Nesse manual, os instrumentos de enfermagem foram definidos de forma a orientar a qualidade das ações, prioritariamente desenvolvidas em áreas rurais (proteção materno-infantil, nutrição e vigilância epidemiológica) e apontou as seguintes ações para este grupo profissional (ALMEIDA, 1991):

- A enfermagem identifica os grupos de alto risco na comunidade, assegurando-lhes atenção prioritária;
- Toma medidas para que o cliente e/ou comunidade participem na identificação de suas necessidades de saúde e no desenvolvimento de programas, visando atendê-los;
- Presta assistência primária, especialmente às populações desprovidas de serviços de saúde, com a participação da comunidade;
- Participa do processo de vigilância epidemiológica, informação, decisão, ação, no desenvolvimento das suas atividades em todos os níveis de atuação, para o atendimento ao indivíduo, à família e à comunidade;
- Participa no processo de planejamento de saúde, em todas as suas fases e níveis;
- Planeja a assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, visando a assegurar a satisfação das necessidades identificadas, com base no plano geral de saúde;
- A enfermagem, atendendo às necessidades dos clientes os encaminha a outros serviços com informações indispensáveis à continuidade da atenção à saúde;
- A administração de enfermagem estabelece suas Normas e Procedimentos, em consonância com os programas de saúde;
- Prover de supervisão programada todos os níveis, de acordo com as necessidades do pessoal, dos serviços e da comunidade;
- A administração de enfermagem distribui por escrito as tarefas a serem realizadas nos serviços, considerando o grau de complexidade das mesmas e a qualificação do pessoal;
- Organiza e mantém programas de educação em serviços para o desenvolvimento do seu pessoal, em todos os níveis, baseados nas reais necessidades de saúde da comunidade;
- Avalia, periódica e sistematicamente, os resultados dos serviços prestados, com base nos objetivos e metas.

Desde então, o trabalho da enfermagem foi incorporado a um conjunto de atividades dirigidas e sistematizadas a grupos populacionais de crianças, gestantes e adultos, de acordo com critérios de risco, e com a competência técnica desse profissional. Coube ao enfermeiro organizar racionalmente as atividades desse trabalho coletivo complexo, assumir a coordenação, supervisão e o

controle em todas as áreas de atendimento, intermediando as relações entre os vários agentes, bem como entre os vários setores (VILLA *et al.*, 1997).

Com a expansão da rede básica, impulsionada pelo processo de descentralização do SUS, no ano de 1990, as enfermeiras foram construindo suas práticas ao longo do tempo, vinculadas ao modelo de atenção a saúde predominante em cada época, adaptando-se às mudanças exigidas nos processos de trabalho, ampliando e transformando suas práticas de acordo com o contexto no qual estavam inseridas.

Assim, a enfermagem tem participado significativamente do processo de construção do SUS no Brasil, por meio da acentuada municipalização dos empregos públicos para toda sua equipe, como também do PSF que, principalmente após 1999, ampliou o número de equipes no país (VIEIRA; OLIVEIRA, 2001). As primeiras ESF em funcionamento deveriam ser compostas por um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e um médico generalista, mas, devido às dificuldades enfrentadas como ausência de diretriz municipal ou definição de estrutura física, na maioria das vezes, foram compostas exclusivamente pela enfermagem (MARQUES; SILVA, 2004).

Atualmente, os enfermeiros se destacam como profissionais indispensáveis para compor a equipe mínima de Saúde da Família, portanto, precisam ser capazes de identificar as necessidades sociais de saúde da população para planejar, gerenciar, coordenar, avaliar e supervisionar as ações dos ACS conforme a realidade local, bem como realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento (BRASIL, 2006a).

No que concerne a atuação dos enfermeiros na atenção primária, a Política Nacional de Atenção Primária - PNAB atribui a esses profissionais a realização de atividades que contribuam para a organização da demanda referenciada nas UBS (BRASIL, 2006b). Em busca do atendimento qualificado aos usuários, uma diversidade de profissionais está atuando na gerência das UBS. Porém, segundo o PNAB (BRASIL, 2006b), os enfermeiros são os profissionais mais indicados para a organização, coordenação e gerenciamento de grupos específicos de indivíduos, famílias e dos insumos necessários para o adequado funcionamento das UBS. Em um estudo realizado por Alves *et al.* (2004), tendo como referência o nível primário de atenção a saúde de Belo Horizonte, evidenciou-se que os enfermeiros constituíam a maior parcela de profissionais que ocupavam os cargos de gerência das UBS (49,0%).

O trabalho do enfermeiro se dá em uma relação de interdependência com outros profissionais da saúde, por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (BRASIL, 2006a). A enfermagem é uma das profissões da área da

saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes (ALMEIDA; ROCHA, 2000).

Segundo Almeida e Rocha (2000), a enfermagem, como parcela do trabalho em saúde, participa do processo de produção dos serviços de saúde em nível coletivo. Ressalta-se que o trabalho da enfermagem vem ganhando autonomia e não se vê mais subordinado ao saber médico, como o modelo clínico impunha, mas sim ao processo de trabalho em saúde coletiva.

Com relação às práticas dos enfermeiros na atenção primária, atualmente, elas oscilam entre a gerência e a assistência, de acordo com a época e o modelo de atenção a saúde vigente. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, ao trazer a questão da equipe multiprofissional como central para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, apresenta um rol de atribuições para cada um dos trabalhadores de saúde da equipe, necessário certamente para a delimitação das funções, mas não suficiente para possibilitar a articulação do trabalho na direção dos princípios colocados para a proposta da Saúde da Família (BRASIL, 2001). No que diz respeito ao enfermeiro, o Ministério da Saúde aponta as seguintes atribuições:

- Gerenciar o processo de trabalho na UBS;
- Realizar supervisão técnica dos auxiliares de enfermagem;
- Planejar as ações diárias;
- Elaborar rotinas;
- Desenvolver treinamento em serviço para capacitação dos ACS;
- Realizar consultas de Enfermagem;
- Favorecer a integração dos membros da equipe;
- Prestar assistência básica na UBS ou domicílio;
- Promover ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Implementar programas de atenção à saúde da criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, priorizando ações que promovam a saúde e previnam doenças;
- Conscientizar quanto à preservação do meio ambiente;
- Realizar reuniões de grupos;
- Registrar as atividades desenvolvidas;
- Encaminhar estatística mensal das atividades para a Coordenação Central por meio do assistente técnico do PSF;
- Coordenar a consolidação dos dados, selecionando os elementos de diagnóstico;
- Discutir com a comunidade a filosofia e o funcionamento do PSF;

- Acompanhar o trabalho dos ACS;
- Realizar visitas domiciliares;
- Promover educação em saúde;
- Desenvolver atividades de promoção e prevenção em saúde como: campanhas de vacinação, prevenção de helmintos, dengue, incentivo do aleitamento materno e prevenção de DSTs/AIDS;
- Identificar e valorizar as formas de trabalho das lideranças, serviços e órgãos existentes na comunidade;
- Estimular a organização e participação da população.

Segundo Carvalho e Campos (2000), os enfermeiros tem sido fundamental para o bom funcionamento do PSF, desenvolvendo diferentes atividades, tais como o trabalho administrativo e a supervisão setorial, o atendimento individual e coletivo, o apoio ao acolhimento, a capacitação em serviço dos técnicos de enfermagem e dos ACS, e a participação no planejamento das atividades das equipes.

Por fim, ressalta-se que os papéis e tarefas específicas de cada profissional na equipe de saúde variam segundo as características da unidade de produção, a disponibilidade de pessoal, perfis profissionais e demandas gerais da UBS. Porém, cabem as equipes com a confluência de seus múltiplos saberes e práticas, o esforço para identificar e atender às necessidades de saúde da população e garantir um serviço de qualidade para todos.





3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa. A escolha desta abordagem se deve ao fato de permitir uma aproximação com a realidade, pois trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2004).

As abordagens qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2004). É por meio da pesquisa qualitativa que se pode compreender melhor a realidade que emerge da percepção e experiência dos informantes e, nesse sentido, não há preocupação com a quantificação e sim com a representatividade e dinâmica presente no material discursivo.

A opção pelo estudo de natureza qualitativa deu-se em face da possibilidade de investigação da realidade social para além do observável na superfície e do quantificável. Assim, essa abordagem permite visualizar o objeto, considerando a sua especificidade, suas determinações históricas e as relações institucionais e organizativas que permeiam as possibilidades de valorizá-lo, analisá-lo, interpretá-lo e reconstruí-lo em relações entre sujeitos sociais.

Para Minayo (2004), as pesquisas qualitativas, por se preocuparem com os significados, vêm ganhando força na atualidade por meio do fortalecimento da introspecção do homem e da observação de si mesmo, ressaltando questões que até então passavam despercebidas e, a nosso ver, negligenciadas pelos métodos quantitativos.

Nesse caso, a pesquisa qualitativa é importante para:

(a) compreender os valores culturais e as representações de determinados grupos sobre assuntos específicos; (b) compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; (c) avaliar as políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina (MINAYO, 2004, p.134).

É importante enfatizar que a abordagem qualitativa deve desenvolver-se de forma dinâmica, reformulando-se continuamente, ou seja, dados coletados ou análises feitas podem e devem, caso conveniente, serem veículos de uma nova busca de informações. Neste estudo, a percepção dos enfermeiros que atuam na atenção primária, com relação ao seu processo de formação profissional corresponde a um espaço mais profundo de relações e inter-relações que não podem ser reduzidos meramente à condição de variáveis. Por isso, julga-se a adequada a escolha pelo método qualitativo, já

que se pressupõem uma relação do sujeito com o seu contexto, ocasionando uma imbricadura entre a objetividade e a subjetividade que fazem parte deste indivíduo. Também, o participante do estudo é capaz de produzir conhecimentos e de transformar suas práticas a partir de suas reflexões.

Considerando o objeto do estudo, foi utilizada a metodologia do estudo de caso na apreensão da realidade de uma instância singular, em que o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). O estudo de caso vem sendo utilizado de forma extensiva em pesquisas da área das ciências sociais e apresenta-se como estratégia adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real e podem ser complementados por outras investigações de caráter exploratório e descritivo (YIN, 2001).

Ressalta-se que nas investigações que utilizam o estudo de caso, o pesquisador deve apresentar os diferentes pontos de vista presentes numa situação social, como também, sua opinião a respeito do tema em estudo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Portanto, é fundamental que o pesquisador se mantenha aberto às novas descobertas que são feitas, como também se mantenha alerta aos novos elementos ou dimensões que poderão surgir ao longo da investigação. Além disso, o pesquisador é levado a considerar as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos por ele observados.

Por fim, os estudos de caso enfatizam a 'interpretação em contexto', para a compreensão da manifestação geral de um problema, no qual devem ser considerados alguns elementos, como as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas. Ademais, esses elementos devem ser relacionados à situação específica em que ocorrem ou à problemática determinada à qual se encontram ligados (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Para finalizar as considerações a respeito do estudo de caso, é importante lembrar que este tipo de investigação caracteriza-se pela análise aprofundada e exaustiva sobre um ou poucos objetos com vistas ao seu conhecimento amplo e detalhado (GIL, 1999). Também, o estudo de caso é considerado uma metodologia relevante, por ser uma categoria de pesquisa cuja complexidade está determinada pelos suportes teóricos que servem para orientar o investigador e que colocará exigências no processo de objetivação, originalidade, coerência e consistência de ideias (TRIVIÑOS, 1994).

3.2 Cenário do Estudo

Como cenário do estudo, escolheu-se 21 UBS da cidade de Belo Horizonte conveniadas com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais por meio do Pró-Saúde.

A rede de atenção a saúde de Belo Horizonte, segundo a Secretaria de Saúde do município, apresenta como proposta a organização da rede hierarquizada de saúde denominada BH Vida-Saúde

Integral, com foco central na produção do cuidado continuado. Os serviços de saúde que compreendem a rede BH Vida-Saúde integral buscam assegurar a população o acesso universal aos serviços de saúde, atenção integral e resolutiva, por meio de uma escuta qualificada com encaminhamento adequado para o desenvolvimento de ações intersetoriais a cada problema apresentado pelos usuários (BELO HORIZONTE, 2003).

Em 2003, foram instituídos espaços de discussão dentro da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, a fim de avaliar a política de saúde do município. Como resultados dessa avaliação percebeu-se que, no âmbito da atenção primária, havia imprecisão da proposta de organização do processo de trabalho em saúde, levando os gestores municipais a estabelecer novas estratégias para a realização das atividades. Essas estratégias reafirmaram o PSF como eixo norteador da organização da atenção primária no município e passou a ser compreendido como único modelo a ser implementado pelos diversos profissionais das UBS (TURCI, 2008, p.34). Outro resultado, diz respeito a definição das diretrizes assistenciais do processo de trabalho, que contemplam o acesso universal, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado, a autonomia do usuário, a atuação em equipe, a assistência integral e resolutiva, a atenção generalista dos profissionais da saúde da família, a equidade, a participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais e o acolhimento (TURCI, 2008, p.35).

Atualmente, em Belo Horizonte, a atenção primária é reconhecida como

a rede de centros de saúde que se configuram como a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e realizam diversas ações na busca de atenção integral aos indivíduos e comunidade. Esta rede, organizada a partir da definição de territórios, ou áreas de abrangência, sobre as quais os centros de saúde têm responsabilidade sanitária, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em cada território, bem como levar em conta as necessidades da população. (TURCI, 2008, p.46).

Entendendo que a estratégia da saúde da família se configura como eixo norteador para a reorganização da atenção primária nas UBS de Belo Horizonte, vale considerar que no momento da implantação do PSF no mesmo município, os profissionais da saúde que já possuíam vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde constituíram as primeiras ESF, implantadas em fevereiro de 2002. No início do PSF, havia 29 UBS e as equipes nelas alocadas eram responsáveis pela assistência à saúde da população com maior risco de adoecer e de morrer (BELO HORIZONTE, 2006). Posteriormente, o município foi dividido em nove distritos sanitários, definidos de acordo com espaço geográfico, populacional e administrativo.

Atualmente, esses distritos são compostos em média por 15 a 20 serviços de saúde, que contemplam Unidades Básicas de Saúde – UBS (atenção primária), Unidades de Referência

Secundária – URS (atenção secundária), Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM (atenção secundária) e Unidades de Pronto-Atendimento – UPA (atenção secundária). Com relação a rede de atenção primária, a mesma possui 508 ESF que estão distribuídas em 142 UBS e são responsáveis pela assistência de, aproximadamente, 75% dos habitantes da cidade (436.420 famílias cadastradas e 1.739.000 indivíduos cadastrados) (TURCI, 2008 p.46).

Associada ao programa BH- Vida, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, foi selecionada entre várias escolas e universidades para participar do programa de reorientação da formação profissional em saúde - Pró-Saúde, em 2007, com a finalidade de formar profissionais críticos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e atitudes que os tornem aptos a atuarem em um sistema de saúde qualificado e integrado.

O Pró-Saúde articula às prioridades e diretrizes da política de saúde e das redes de serviços de atenção à saúde de Belo Horizonte, por meio de uma Comissão de Gestão Local composta pelos coordenadores desse projeto e representantes do serviço (Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, profissionais da rede), além de docentes e discentes da área da saúde. Nesta perspectiva, a Escola de Enfermagem vêm desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão em 21 UBS da rede de serviços da atenção primária de Belo Horizonte que estão conveniadas com o Pró-Saúde (BRASIL, 2005). Esse convênio visa a integração ensino/serviço, por meio da capacitação, aperfeiçoamento e atualização dos discentes, dos enfermeiros das instituições de ensino e dos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população e do ensino de enfermagem.

Portanto, para desenvolver o estudo sobre o processo de formação do enfermeiro na atenção primária, escolheu-se como cenário desta pesquisa as 21 UBS conveniadas com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais por entender que nessa parceria as ações de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais estão caminhando paralelamente entre alunos, profissionais e professores.

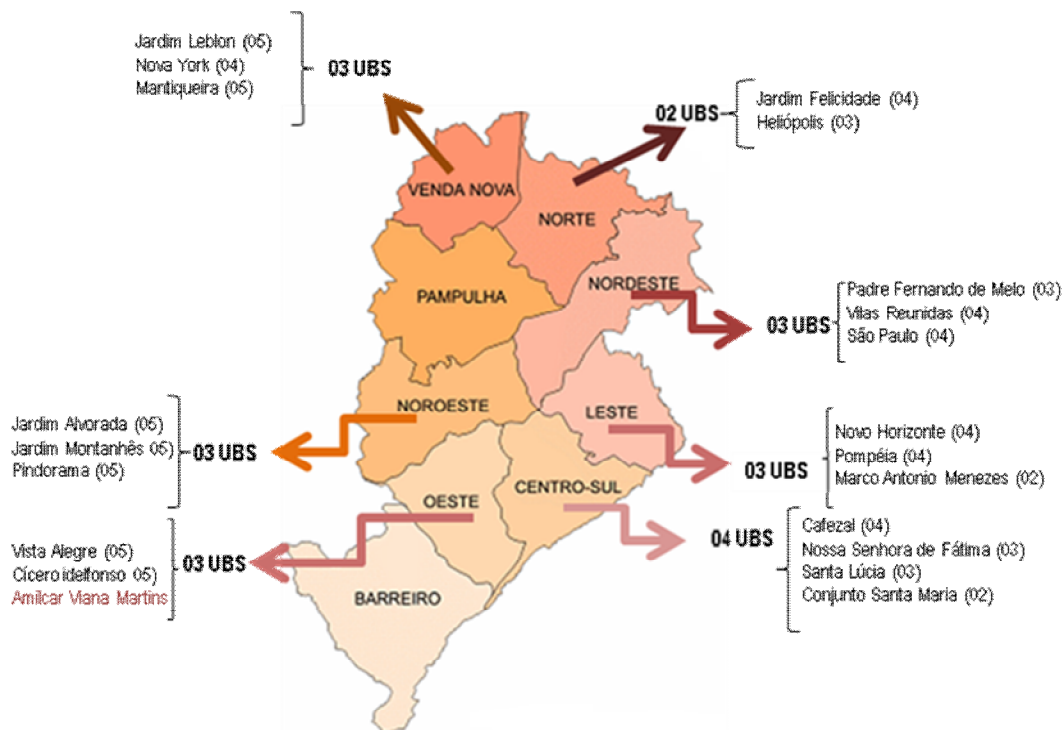


FIGURA 2 – Relação da localização geográfica dos distritos sanitários da cidade de Belo Horizonte, considerando respectivamente os cenários do estudo e o número de Equipes Saúde da Família, 2009. Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

3.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos de um estudo científico têm, muitas vezes, informações que são relevantes para sanar nossas indagações e que só podem ser obtidas por meio dos mesmos. Como sujeitos desta pesquisa foram selecionados enfermeiros de ambos os sexos que atuavam a mais de um ano nas ESF das 21 UBS de Belo Horizonte conveniadas com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais por meio do Pró-Saúde (BRASIL, 2005). Como critério de inclusão escolheu-se àqueles que apresentavam um ano ou mais de experiência por acreditar que com esse tempo de prática os enfermeiros já estão inseridos nas rotinas do serviço e familiarizados com as políticas de saúde que regem o SUS. Com relação às UBS pesquisadas, ressalta-se que das 21 pré-estabelecidas apenas em uma não foi possível realizar a coleta de dados devido a mesma estar em processo de reestruturação física (UBS - Amílcar Viana Martins*).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a intenção não foi preocupar-se com a quantificação dos participantes, mas com sua representatividade. Segundo Triviños (1994), o número de participantes do estudo qualitativo geralmente é determinado durante o trabalho de campo, mediante a avaliação do pesquisador, após julgar esclarecido o assunto em foco.

Assim, os sujeitos do estudo foram selecionados da seguinte forma: na primeira etapa, com o objetivo de traçar o perfil dos enfermeiros que atuavam nas ESF, de um total de 75, apenas 40 aceitaram participar e foram encontrados ativos no período da coleta de dados (**TAB.1**); na segunda etapa, com o objetivo de buscar informações sobre o processo de formação do enfermeiro para atuar na atenção primária, não houve, *a priori*, delimitação de número de entrevistados, pois esse foi definido no transcorrer da pesquisa segundo o critério de saturação dos dados. Dessa forma, foram entrevistados aleatoriamente 15 enfermeiros. Ressalta-se que a coleta de dados foi interrompida quando houve reincidência das informações, ou seja, nenhum dado novo era acrescentado. De acordo com Minayo (2004), para classificar uma amostra como significativa na pesquisa qualitativa, o critério não é numérico, pois a preocupação essencial é com o aprofundamento e a abrangência do caso estudado. Por isso, para essa mesma autora uma “amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 2004, p.102).

Tabela 1 – Relação dos sujeitos da pesquisa entrevistados nas UBS da cidade de Belo Horizonte, 2009.

UBS	Número de ESF	Número de enfermeiros na ESF	Sujeitos do estudo
01	04	04	04
02	03	02	01
03	03	02	02
04	02	02	01
05	04	04	03
06	04	04	02
07	02	02	01
08	03	03	01
09	04	04	02
10	04	04	02
11	05	04	04
12	05	05	01
13	05	05	02
14	05	05	02
15	00	00	00
16	05	05	01
17	04	04	03
18	03	03	03
19	05	05	01
20	04	04	01
21	05	04	03
TOTAL	82	75	40

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2009 (BELO HORIZONTE, 2009).

Elaborado para fins deste estudo.

3.4 Coleta de dados

Neste estudo, a coleta de dados foi realizada durante o mês de janeiro e fevereiro de 2009 e organizada em três etapas: 1) na primeira realizou-se o contato com os gerentes das Unidades Básicas de Saúde para a apresentação do estudo e obtenção da sua concordância em realizar a pesquisa; 2) na segunda, foi aplicado um questionário para conhecer o perfil sócio-demográfico e as características do processo de formação profissional dos sujeitos (APÊNDICE A) e; 3) na terceira, foram realizadas entrevistas gravadas seguindo um roteiro semi-estruturado com questões fechadas e abertas (APÊNDICE B). Escolheu-se essa técnica de coleta por possibilitar a combinação de questões abertas e fechadas, permitindo que o entrevistado discorra sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. De acordo com Triviños (1994), esse tipo de entrevista,

parte de certos questionamentos básicos, apoiados em hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (p.146).

Dessa forma, esse tipo de entrevista possui como objetivo descrever os relatos individuais e compreender as especificidade de cada grupo. Para isso, mantém-se “a margem de movimentação dos informantes tão amplas quanto possível e o tipo de relacionamento livre de amarras, informal e aberto” (MINAYO, 2004, p.123). Assim, “o informante segue, espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências a partir do foco principal do estudo, participando na elaboração do conteúdo da pesquisa.” (TRIVIÑOS, 1994, p.56).

As entrevistas foram gravadas em MP4 após a anuência dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que informava os objetivos e as finalidades do estudo e o compromisso de anonimato e do uso dos dados para a produção técnico-científica (APÊNDICE C). Logo depois, foram transcritas na íntegra para análise e interpretação das falas dos entrevistados, de forma a garantir a totalidade e a fidedignidade das informações.

3.5 Análise dos dados

Os questionários sobre o perfil sócio-demográfico e do processo de formação profissional dos enfermeiros foram tabulados com o auxílio do programa Epi-Info (versão 3.2.2), que também foi utilizado para a análise estatística descritiva dos dados. Assim, foram realizadas distribuição de freqüências das variáveis qualitativas nominais e ordinais, e os resultados apresentados em tabelas de

acordo com as respectivas perguntas do questionário, possibilitando uma visão global e quantificada do perfil sócio-demográfico e do processo de formação profissional dos enfermeiros.

A estatística descritiva sintetiza os dados e se baseia na apresentação de médias e porcentagens (POLIT; HUNGLER, 1995). Para facilitar a comunicação das informações encontradas, as distribuições de frequência dos dados representam um método para que se imponha alguma ordem a uma massa de dados numéricos. Esse tipo de distribuição organiza os dados sistematicamente junto de uma contagem (porcentagem) do número de vezes em que cada valor foi obtido (POLIT; HUNGLER, 1995).

Com relação aos dados coletados por meio de entrevistas, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo para interpretar os significados das falas dos sujeitos. Segundo Bardin (2004), essa estratégia

consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 68).

Historicamente, a análise de conteúdo caracteriza-se como uma técnica que objetiva superar o senso comum e o subjetivismo da interpretação para atingir uma análise crítica diante de textos, biografias, observação ou entrevistas. Do ponto de vista operacional, parte-se de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado (aquele que ultrapassa os significados manifestos). Para isso, a análise de conteúdo, em termos gerais, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados; articula a superfície descrita e analisada dos textos com os fatores que determinam suas características (variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem) (MINAYO, 2004).

Para o processo da análise de conteúdo foram contempladas as seguintes etapas: 1) a fase de preparação, na qual as entrevistas foram transcritas na íntegra segundo o roteiro de perguntas. Ressalta-se que essa fase englobou não somente as entrevistas, mas também o conjunto de observações obtidas no momento da sua realização. Após a transcrição das fitas, procedeu-se à releitura do material e à organização dos relatos em determinada ordem, pressupondo um início de classificação e organização dos dados; 2) a fase da tabulação quantitativa, na qual se utilizou fundamentalmente a estatística descritiva, o que possibilitou que os dados fossem organizados em tabelas de acordo com as respectivas perguntas, possibilitando uma visão global e quantificada das entrevistas. A esse respeito Turato (2003) salienta que embora seja questionável que a abordagem de pesquisa qualitativa requeira a “matematização” das ocorrências em que se configure uma reiteração das falas (frequência calculada), deve-se entender que o critério de repetição de informações por parte

dos sujeitos da investigação constitui um critério que “sugere ao interpretante [...] certa atenção às falas para tornarem-se possivelmente um tópico categorizado” (TURATO, 2003, p. 447); 3) a fase de categorização envolveu a leitura repetida das entrevistas (leitura flutuante) e possibilitou a apreensão das estruturas de relevância dos atores sociais, bem como as ideias centrais transmitidas. E, por fim, foi constituído um corpus do estudo, a partir do desmembramento dos textos em unidades e seu agrupamento por semelhança, dando origem às categorias empíricas centrais obtidas por meio de grade aberta. Uma categoria para Bardin (2004) é definida como a classificação e agrupamentos dos dados nas quais reunimos elementos (unidades de registro, por exemplo) em função das características comuns entre eles. A categorização acontece no momento da codificação do material diante de dois critérios principais, a repetição e a relevância, e tem o objetivo primeiro de produzir uma representação dos dados (BARDIN, 2004; TURATO, 2003).

O critério de repetição consiste na atividade de evidenciar as reincidências, considerando todas as suas ocorrências nos discursos. Por outro lado, no critério da relevância, consideram-se outros aspectos mencionados pelos sujeitos da investigação sem que, necessariamente, haja repetição no conjunto do material coletado, “mas que, na ótica do pesquisador, constitui-se de uma fala rica ao confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação” (TURATO, 2003, p. 446).

Na análise final dos dados, foi elaborada uma síntese dos resultados, estabelecendo diálogos entre as categorias empíricas e o diário de campo, os confrontado, posteriormente, à luz da literatura.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo foi analisado e aprovado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO A) e, também, pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (ANEXO B), em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 que discorre sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Destaca-se que foram reservados todos os direitos dos profissionais enfermeiros, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento no decorrer do trabalho.

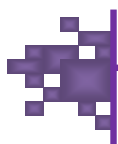
Aos enfermeiros participantes foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, que foi preenchido e assinado (APENDICE C). Foi assegurado, ainda, que o caráter anônimo dos sujeitos e das instituições seriam mantidos e suas identidades protegidas.

A participação dos enfermeiros nesta pesquisa ocorreu de forma voluntária e todas as informações e esclarecimentos a respeito do estudo foram prestados aos sujeitos, deixando claro que, os mesmos não teriam nenhum tipo de ganho financeiro, além de não sofrer nenhum prejuízo ou dano.

Ressalta-se que os resultados desta pesquisa serão tornados públicos em periódicos de circulação nacional e eventos científicos, independentemente dos resultados obtidos serem favoráveis ou não.



RESULTADOS E DISCUSSÕES



4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação e discussão dos resultados desta pesquisa estão organizados em quatro etapas: na primeira é descrita o perfil sócio-demográfico e as características do processo de formação profissional dos enfermeiros; na segunda são expressas as percepções dos sujeitos com relação aos aspectos facilitadores e dificultadores do seu processo de formação profissional para atuar na atenção primária; na terceira são abordadas as influências do processo de formação profissional para a atuação do enfermeiro na atenção primária; e no último, os sujeitos definem as competências que eles consideram essenciais para o trabalho do enfermeiro na atenção primária.

4.1 Perfil dos enfermeiros que atuam nas Equipes Saúde da Família de Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte

O questionário foi aplicado a 40 enfermeiros que atuavam nas ESF das 21 UBS conveniadas com a Escola de Enfermagem por meio do Pró-Saúde. Nas tabelas, a seguir, são apresentadas informações sobre o perfil sócio-demográfico e as características do processo de formação profissional dos enfermeiros entrevistados.

Na **TAB. 2**, os dados refletem o predomínio de enfermeiros do sexo feminino (85%), com idades variando entre 20 e 39 anos (70%).

Tabela 2 – Características sócio-demográficas dos enfermeiros da rede de atenção primária de saúde Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	34	85,0
Masculino	6	15,0
Idade (anos)		
20 – 29	12	30,0
30 – 39	16	40,0
40 – 49	5	12,5
≥ 50	7	17,5

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

A maior frequência de mulheres neste estudo reforça o contexto histórico da enfermagem, no qual predomina a força de trabalho feminina, especificamente, evidenciada em atividades que envolvem o cuidado (TEIXEIRA *et al.*, 2006). Historicamente, na sociedade brasileira, o cuidar foi associado às mulheres (FONSECA, 1996), construindo um imaginário social sobre a enfermagem

carregado de estereótipos femininos, cujo papel e status da profissão subordinam-se ao papel e status das mulheres (BORGES *et al.*, 2003). Ressalta-se que o cuidado é considerado a essência da enfermagem e pode ser compreendido como um fazer feminino. Para alguns autores (WALDOW; LOPES, 1995), o trabalho de cuidar, passou a ser uma prática social sexuada em que inúmeros atributos são exigidos da enfermeira.

Observa-se que as discussões em torno do contingente feminino no exercício da enfermagem trazem à tona “problemas específicos ligados, diretamente, ao pleno exercício de um direito elementar, o do trabalho, que supõe a possibilidade de se eleger a profissão ou o gênero de ocupação” (ALVES, 1997, p. 9). Assim, o entendimento sobre a construção social das relações entre gêneros é de fundamental importância para a compreensão dos motivos pelos quais a enfermagem historicamente assumiu características de menor relevância e valor social.

Cabe salientar que as instituições de saúde refletem as práticas adotadas pela sociedade. Assim, enquanto a enfermagem se constrói e tem avanços significativos no contexto técnico-científico, incorporando novas e complexas práticas no cotidiano, algumas moralidades ligadas à enfermeira persistem no pensamento das pessoas (BORGES *et al.*, 2003). Em contrapartida, permeia sobre a profissão um movimento de mudança nas suas concepções, que embora, ainda predominantemente composta por mulheres, deixou de ser exclusivamente feminina (WETTERICH; MELO, 2007), haja vista a porcentagem de 15% de profissionais do sexo masculino neste estudo.

De acordo com Brito (2004), a entrada de pessoas do sexo masculino no campo da enfermagem está relacionada à ampliação das frentes de trabalho, consequência da maior autonomia e do reconhecimento social observados no exercício profissional da enfermagem. Além disso, segundo a mesma autora, outros aspectos como os ligados à remuneração têm influenciado a procura por cursos de enfermagem por pessoas do sexo masculino.

Na **TAB. 3**, verifica-se que os sujeitos deste estudo, na sua maioria, finalizaram o curso de graduação em enfermagem entre 6 e 15 anos atrás (42,5%). Por outro lado, destaca-se que 30% apresentavam um tempo de formação menor que 5 anos e 27,5% estavam formados há mais de 16 anos. No que diz respeito ao tipo de instituição de ensino no qual fizeram o curso de enfermagem e na auto-análise sobre a sua preparação para atuar na atenção primária, 72,5% dos entrevistados relataram ter estudado em faculdades e universidades públicas, e 57,5% não se consideravam aptos para trabalhar nesse nível da rede de atenção à saúde, assim que terminaram sua graduação.

Tabela 3 – Características relacionadas à formação profissional dos enfermeiros da rede de atenção primária de saúde de Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	N	%
Tempo de formação profissional (anos)		
01 – 05	12	30,0
06 – 10	10	25,0
11 – 15	7	17,5
16 – 20	4	10,0
≥ 20	7	17,5
Instituição de ensino na graduação		
Pública	29	72,5
Privada	11	27,5
Preparado para atuar na atenção primária		
Sim	17	42,5
Não	23	57,5

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Neste estudo, os enfermeiros que completaram sua graduação no período de 1 a 5 anos foram considerados recentemente formados. Esses profissionais graduaram-se em um momento histórico em que o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e da Cultura e com as universidades, desenvolveu projetos visando a promoção da reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional, como é o caso do Pró-Saúde.

Ressalta-se que esses enfermeiros tiveram a oportunidade de vivenciar currículos flexíveis, caracterizados por focalizar seus conteúdos nos determinantes de saúde, integrar o ciclo básico e profissionalizante, e desenvolver atividades de ensino em diversos cenários (BRASIL, 2005). Diante disso, acredita-se que os enfermeiros recentemente formados constituíam-se nos profissionais mais preparados para trabalhar dentro da perspectiva do SUS, pois se graduaram com base em um processo de ensino-aprendizado que buscava alcançar uma escola integrada ao serviço público de saúde e proporcionar respostas concretas às necessidades da população.

No que se refere aos enfermeiros formados há mais de 15 anos, esses não tiveram as mesmas oportunidades dos recentemente formados, pois conformaram sua graduação baseados em currículos com densa carga horária concentrada em disciplinas de assistência curativa e prática hospitalocêntrica. Além disso, seus currículos se caracterizavam por grades rígidas que limitavam o perfil generalista do enfermeiro e desconsideravam as características regionais onde os cursos se inseriam (FERNANDES, 2006). Assim, os cursos de graduação em enfermagem, priorizavam atividades com ênfase nos aspectos exclusivamente biológicos em detrimento dos conhecimentos da Saúde Pública.

Nesse contexto, os enfermeiros que se graduaram no período entre 6 e 15 anos enfrentaram transformações no ensino superior da enfermagem referentes à conformação dos seus projetos pedagógicos e matrizes curriculares. A exemplo disso, em 1996, foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) com vistas à flexibilização dos currículos de graduação, além de direcionar a construção de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cada curso (BRASIL, 1996). Também, no mesmo período, os cursos de graduação em enfermagem buscavam organizar seus processos de ensino-aprendizagem na perspectiva da construção do SUS e da implantação do PSF. A instituição do PSF como estratégia prioritária para as ações da atenção primária estava ocorrendo paralelamente ao processo de formação desses enfermeiros. Portanto, nesse momento, se dava a transição entre o modelo médico centrado e o focalizado na saúde da família.

No tocante a natureza da instituição de ensino onde ocorreram os processos de formação dos enfermeiros, o fato da maioria dos entrevistados terem se graduado em faculdades e universidades públicas (72,5%), demonstra que o ensino da saúde nesse tipo de instituição é direcionado para a inserção dos profissionais nos serviços públicos de saúde, particularmente, na atenção primária. Essa constatação é reforçada quando se analisa o conteúdo programático dos cursos de enfermagem das instituições públicas de ensino que apresentam disciplinas com foco no SUS e na Saúde Pública. Por outro lado, o ensino da saúde nas instituições particulares privilegia o tratamento das doenças nos hospitais, com base na especialização e na utilização de um recente arsenal tecnológico (SCHWARTZMAN; CASTRO, 1991).

No que diz respeito à formação para atuar na atenção primária, dentre aqueles que a consideraram adequada, 76,5% eram procedentes de universidades públicas. Desse total, 38,5% graduou-se há menos de 5 anos e igual proporção, entre 6 e 11 anos. Em contrapartida, do total de entrevistados que relatou sentir-se despreparado para atuar na atenção primária, 39,1% eram egressos de universidades particulares, 26,1%, estudantes de universidades públicas cuja formação ocorreu entre 6 e 11 anos e 17,4%, discentes de universidades públicas graduados há mais de 15 anos.

Nesse sentido, acredita-se que as facilidades e dificuldades enfrentadas por esses profissionais para atuar na atenção primária depois de formados podem ter sido influenciadas pelos seguintes fatores: 1) os egressos das instituições particulares foram preparados para trabalhar em um modelo de saúde hospitalocêntrico, preocupado com a clínica e a cura de doenças (SCHWARTZMAN; CASTRO, 1991); 2) os formados recentemente em universidades públicas vivenciaram currículos flexíveis, com conteúdos voltados para a atenção primária; 3) os graduados em instituições públicas entre 6 e 15 anos se formaram em um contexto de transição entre o modelo médico centrado e o focalizado na saúde da família, o que gerou heterogeneidade quanto a sua condição para atuar na

atenção primária; 4) os formados em instituições públicas há mais de 15 anos vivenciaram seu processo de formação anteriormente à instituição do SUS, com base em currículos pautados no paradigma hospitalocêntrico e disciplinas com foco na fragmentação do conhecimento e nas especialidades, sem a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer (FERNANDES, 2006).

A ausência de preparo por parte dos 57,5% dos enfermeiros deste estudo para o trabalho na atenção primária fez com que eles buscassem atualização por meio dos programas de pós-graduação, principalmente, aqueles oferecidos em universidades públicas (87,5%). A título de exemplo, podemos mencionar o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON), que há quatro anos oferece o curso de especialização e atualização em Saúde da Família, ministrado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (CORREA, 2008).

Vale ressaltar que o NESCON foi criado em 1985 para atender às demandas do processo de reformulação do setor de saúde no Brasil e, a partir da década de 90, ampliou seu trabalho de assessoria, direcionando seu foco para a consolidação do SUS. Atualmente, com sede na Universidade Federal de Minas Gerais, o NESCON busca preparar e adequar médicos e enfermeiros às exigências do PSF (CORREA, 2008). Assim, neste estudo, verificou-se que a totalidade dos sujeitos possuía especialização, sendo 70% em PSF.

Assim sendo, a capacitação dos profissionais é de grande relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde. No âmbito do PSF, a formação constitui elemento fundamental para o sucesso desse modelo de atenção, exigindo dos profissionais envolvidos a compreensão da sua política e o engajamento nos processos de trabalho com vistas à melhoria das condições de saúde e vida da população assistida.

Na **TAB. 4**, observa-se que o tempo de atuação dos enfermeiros deste estudo na atenção primária, na sua maioria, era inferior a 6 anos (40%). Além disso, uma elevada proporção dos sujeitos trabalhava na atenção primária há mais de 10 anos (35,0%). Também foi possível verificar que a maior parcela dos enfermeiros trabalhava exclusivamente em um emprego (67,5%), com carga horária semanal de até 40 horas (72,5%).

Tabela 4 – Características relacionadas à atuação dos enfermeiros na rede de atenção primária de saúde de Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	n	%
Tempo atuação na atenção primária (anos)		
01 – 05	16	40,0
06 – 10	10	25,0
11 – 15	07	17,5
16 – 20	02	5,0
≥ 20	05	12,5
Número de empregos atual		
01	27	67,5
02	13	32,5
Carga horária de trabalho (horas/semana)		
≤ 40	29	72,5
> 40	11	27,5

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

A respeito do tempo de atuação na atenção primária dos enfermeiros entrevistados, observou-se que 35% já estavam atuando nesse cenário em um período anterior a implantação do PSF na cidade de Belo Horizonte (há mais de 10 anos). Portanto, esses profissionais vivenciaram o processo de construção desse programa e foram se adaptando a essa estratégia de ação da atenção primária concomitantemente ao seu desenvolvimento. Em contrapartida, 40% dos sujeitos ingressaram na atenção primária com o PSF já consolidado em Belo Horizonte (há menos de 6 anos).

No que concerne à jornada de trabalho dos enfermeiros deste estudo, observou-se que a maioria possuía apenas um vínculo empregatício com carga horária de 40 horas semanais. No desenvolvimento do trabalho no PSF é inevitável o encontro entre profissionais e usuários, resultando em uma negociação que visa à identificação das necessidades da população e a produção de vínculo capaz de estimular a autonomia do usuário com relação à sua saúde (MATUOMO *et al.*, 2005).

Nessa perspectiva, Campos (1997) acredita ser ideal que os enfermeiros se dediquem exclusivamente ao trabalho no PSF com uma carga horária equivalente a 40 horas semanais, para assim, se constituírem como referência no serviço. De acordo com documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a carga horária semanal de 40 horas é condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e entre esses e a população. Essa carga horária, também, é fundamental para um melhor desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes, tanto do ponto de vista gerencial, organizacional e assistencial.

Por fim, as 40 horas semanais de trabalho favorece a participação efetiva do enfermeiro em ações de educação, prevenção e promoção da saúde. Além disso, permite ao enfermeiro reunir-se com a equipe de saúde e com a população da área onde atua, a fim de participar dos processos de

planejamento e avaliação das ações em desenvolvimento na sua região e no município como um todo. Pode-se inferir sobre a melhoria da qualidade de vida dos enfermeiros, pois tradicionalmente grande parte deles possuía mais de um vínculo empregatício, o que se configurava como determinante de desgaste e adoecimento por parte do trabalhador.

4.2 A percepção do enfermeiro sobre o seu processo de formação para atuar na atenção primária

Pensar a atuação do enfermeiro nas UBS, ou seja, nas instituições públicas de saúde destinadas à atenção primária não é uma tarefa fácil. O tempo de inserção desse profissional nessas instituições é anterior a consolidação da atenção primária como porta de entrada para os serviços públicos de saúde. O contingente de enfermeiros atuando nessa área corresponde a grande parte do trabalho em saúde, desenvolvido nesse nível de atenção. A escassez de pesquisas mais sistemáticas, tanto nacionais quanto locais, sobre a atuação do enfermeiro nesse campo específico de trabalho nos permite refletir sobre uma série de problemas, insucessos e desafios em termos das práticas dos enfermeiros a serem enfrentados. Assim, o presente estudo buscou conhecer a percepção de enfermeiros acerca do seu processo de formação profissional para atuar na atenção primária à saúde por meio de relatos destes profissionais. Com isso, identificados os diversos aspectos sobre o processo de formação de enfermeiros os dados foram analisados a partir das seguintes categorias:

4.2.1 Aspectos facilitadores e dificultadores da formação profissional do enfermeiro para atuar na atenção primária

A educação em ciências da saúde deve ser entendida como um processo permanente, iniciado durante a graduação e mantido na vida profissional, por meio das relações de parceria da universidade com os serviços de saúde, a comunidade e outros setores da sociedade civil (CAMPOS *et al.*, 2001).

Nesse sentido, foi evidenciado nas falas de alguns enfermeiros estudados que a graduação não os preparou suficientemente para atuar na atenção primária.

“No geral, eu acho que o curso deixa um pouco a desejar. Acredito que o tempo seja pouco, principalmente na prática. A gente chega a ficar na UBS cerca de um mês mais ou menos e nem sempre você vê todas as práticas e encontra todos os problemas” (E08/ instituição pública).

“Nossa! Minha formação foi muito custosa, foi pobre, muito pobre mesmo, porque o enfoque realmente era na área hospitalar e passei apenas por um estágio dentro da atenção primária” (E12/ instituição privada).

Esses relatos estão em consonância com as características de formação profissional dos sujeitos deste estudo, já que, conforme apresentado anteriormente, a maioria afirmou não sentir-se preparado para atuar na atenção primária após a graduação.

Com base no exposto, nos últimos anos, especialmente nas áreas de medicina e enfermagem, movimentos expressivos no sentido de promover a reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional e de estimular as instituições de ensino a buscarem a transformação do processo ensino-aprendizagem estão sendo desenvolvidos. Como exemplos disso, destacam-se políticas e projetos elaborados pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), tais como as Diretrizes Curriculares Nacionais, o PROMED, o VER-SUS, o Aprender-SUS e o Pró-Saúde (BRASIL, 2001; 2002; 2004b; 2004c; 2005). Esses projetos buscam promover a integração entre as instituições de ensino e os serviços públicos de saúde, a fim de oferecer respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços e, conseqüentemente, fortalecer o SUS. Portanto, vislumbra-se para os próximos anos a melhoria na qualificação de profissionais de forma a garantir uma sólida formação básica, preparando os futuros graduandos para atuar na atenção primária.

Apesar das dificuldades encontradas no processo de formação profissional, percebe-se que, nas falas anteriormente mencionadas, a crítica com relação à graduação é mais amena por parte dos egressos de instituições públicas se comparado aos das universidades privadas. Nessa perspectiva, os sujeitos deste estudo afirmaram que o processo ensino-aprendizagem para atuar na atenção primária de instituições públicas está mais adequado do que o das particulares.

*“A universidade vai dar a base, mas o aprofundamento a gente tenta se especializar na área de maior interesse. A minha graduação foi em uma universidade muito conceituada aqui em Minas Gerais, a **Pública A** e foi importante porque comparando com outros colegas que formara em outras universidades a gente vê que é mais voltado para atenção primária” (E04, grifo nosso).*

*“A universidade **Privada B** não oferece estágio nesta área, a sorte é que fiz uma disciplina de PSF, eletiva da grade curricular, que me ajudou muito” (E09, grifo nosso).*

*“Eu percebo que a formação dos alunos da **Pública A** é muito mais voltada para a atenção primária, isso não é um relato só meu como de vários alunos que perceberam outras instituições particulares tem mais facilidade com atenção hospitalar” (E10, grifo nosso)*

*“A gente conversando em congressos e encontros comparava o perfil do enfermeiro. Percebe-se que a **Pública B** era mais saúde pública e a **Privada B** era mais voltada para área hospitalar” (E15, grifo nosso)*

As instituições de ensino superior são responsáveis pela formação científica e social do aluno os quais devem ter papel protagônico como sujeitos dessa ação. Os participantes deste estudo confirmaram que as universidades públicas são reconhecidas por apresentar uma formação generalista, com ênfase na Saúde Pública, e que as universidades particulares focalizam seus cursos em disciplinas do ambiente hospitalar.

As divergências no ensino da enfermagem nas instituições de ensino superior retratadas no presente trabalho nos permitem inferir que algumas universidades ainda não desenvolvem seu processo de ensino-aprendizado em conformidade com as DCN, que são orientações para a construção dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação. As DCN indicam que o enfermeiro egresso deve: pautar suas atividades tendo a compreensão da política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; intervir no processo saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde da população, na perspectiva da integralidade da assistência (BRASIL, 2001).

Outro aspecto a se destacar no processo de formação dos sujeitos deste estudo é a ênfase atribuída ao curso técnico de enfermagem como facilitador do ensino de graduação para atuar na atenção primária. Porém, essa opinião parece ter sido influenciada pela experiência profissional prévia na atenção primária como técnicos de enfermagem, conforme ilustrado:

“Foi excelente, quando eu entrei para fazer o curso eu já estava trabalhando, tinha 11 anos de atuação na atenção primária, então assim, a prática eu já tinha, não tinha a teoria, então, para mim foi excelente, foi só um aprimoramento mesmo” (E05).

“Eu me senti bem formada. Eu já era técnica de enfermagem, então, isso me ajudou bem” (E13).

Observa-se que os conhecimentos e as vivências adquiridos nos cursos técnicos revelaram-se como facilitadores no processo de formação profissional para trabalhar no nível primário de atenção à saúde. A esse respeito, os técnicos de enfermagem são profissionais que já conhecem os processos de trabalho dos serviços de saúde, as diretrizes do SUS e a dinâmica do PSF. Portanto, essa vivência é considerada relevante no ensino da enfermagem, pois se adquire conhecimentos científicos a partir do desempenho de habilidades práticas (NORONHA, 1985). Ademais, suas experiências trazem consigo uma facilidade para relacionar os conteúdos práticos e teóricos.

Nesse caso, o benefício está no melhor acompanhamento do curso de graduação por parte dos técnicos de enfermagem, pois eles, potencialmente, conseguem integrar os ciclos básico e profissionalizante, dificuldade muitas vezes encontrada pela maioria dos outros estudantes. Outro aspecto que merece ser destacado refere-se a vivência prévia dos técnicos de enfermagem como membros da ESF permitindo-os experiências práticas no contexto das relações interpessoais.

Ressalta-se que, nos últimos anos, a área de educação técnico-profissional vem recebendo investimentos da Secretaria de Educação Média e Tecnológica do Ministério da Educação e Cultura. Um exemplo disso é o Programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP), que iniciou um processo de reordenamento normativo e organizacional desses cursos em todo país com ações

voltadas para o desenvolvimento e implantação de parâmetros curriculares nacionais dos níveis técnico e tecnológico, a partir de 1997 (CHRISTOPHE, 2005). Esses incentivos acabaram por aumentar a procura por cursos técnico-profissionalizantes e, conseqüentemente, pelo ensino superior.

Em um estudo realizado por Medina e Takahashi (2003) foi confirmado que os técnicos em enfermagem buscam os cursos de graduação como meio de crescimento pessoal e profissional. Acredita-se que o processo educativo prepara os indivíduos para o mercado, induzindo melhorias nos mecanismos de inserção produtiva, distribuição de renda e mobilidade social (OLIVEIRA, 1997).

Há também que se chamar a atenção para a presença de profissionais mais experientes, no processo de adaptação dos enfermeiros deste estudo no início de suas atividades na atenção primária. Quando indagados sobre seu preparo para o mercado de trabalho nesse nível de atenção, os enfermeiros afirmaram que não estavam prontos para atuar e ressaltaram sobre a importância da presença de profissionais mais experientes no início de suas carreiras.

“Eu acho que tudo é novo para a gente e tudo que você tá começando tem um pouco de dificuldade. Sim eu tive, passei um sufoco, mas também muita sorte porque meu primeiro contato foi com uma enfermeira que estava à disposição do município e ela me ajudou demais” (E02)

“A gente tem toda teoria, mas aquela coisa da prática não, então eu tive, a teoria que me ajudou bastante, né? Você vai aplicar aquilo que você aprendeu, mas a prática ajuda demais, então eu senti falta. Mas também não foi difícil porque eu entrei no Centro de Saúde onde as enfermeiras eram muito experientes então houve troca” (E03)

“Não me senti preparada para atuar em área nenhuma. Me sentia entusiasmada, com vontade de trabalhar. Acredito que melhorou o curso de graduação de enfermagem desde a minha época, principalmente na parte prática. Na minha época não tinha muito estágio. Eu me formei realmente assim muito insegura com relação a execução das atividades, não por medo mas insegura, precisando de alguém para me treinar ou chegar com um treinamento. Mas eu dei sorte porque eu cheguei na prefeitura e minha colega já tinha mais experiência, então não fiquei sozinha e fui pegando o trabalho com ela” (E04).

“Totalmente não me sentia preparada, principalmente na área prática e tem outra coisa também, mesmo a gente estando na prática quando a gente está na graduação a visão ainda é muito romântica porque durante o trabalho a gente se depara, por exemplo, com os programas do governo que na teoria funcionam muito bem, mas na prática deixa um pouco a desejar” (E08).

Por meio desses relatos pode-se inferir que a colaboração de outros profissionais aponta para as diferentes formas de aquisição de conhecimento, “dentre os quais está aquele que ultrapassa os limites e os objetivos convencionais da educação escolar e da formação para o trabalho” (CATTANI, 2000, p.150). Os depoimentos reforçam a necessidade de inserção em diferentes cenários de prática o que vem sendo buscado nos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem.

Percebe-se, nas falas dos sujeitos deste estudo que o apoio emocional oferecido por outros profissionais na fase inicial de suas carreiras os encorajou a desenvolver suas ações, relacionando o serviço com as competências adquiridas durante o processo de formação. Assim a colaboração de outro profissional se mostra positiva, por proporcionar segurança ao recém-formado e incentiva-os a conhecer as rotinas de trabalho estabelecidas.

Consideramos que a educação profissional na área da saúde é um processo dinâmico e permanente, que vai além da graduação e estende-se na vida profissional. Muitas vezes, a educação informal, está vinculada a conhecimentos infundados e práticas viciadas sendo, portanto, necessárias estratégias de melhoria no processo de formação profissional dos estudantes ainda na graduação.

Uma forma de preparar adequadamente os graduandos para a vida profissional diz respeito à utilização de estratégias teórico-práticas que integram o ensino e serviço, com o propósito de desenvolver uma perspectiva crítico-reflexiva acerca do contexto sócio-político e regional nos profissionais. Nesse sentido, os entrevistados identificaram o "Internato Rural" como estratégia para mudanças na organização dos serviços, dos processos formativos, das práticas de saúde e pedagógicas, pois implica no trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras.

"Eu acho que o Internato Rural foi fundamental para eu não ter tanta dificuldade assim que me formei. A gente trabalhava 40 horas e assumia muita coisa na cidade" (E07).

"O Internato Rural é muito importante para o aluno vivenciar na graduação as experiências da atenção primária com as quais vai se deparar na vida profissional depois da formação"(E09).

"Acho que viver o PSF no Internato Rural foi fundamental, tanto é que quando eu cheguei para atuar eu me senti mais segura, pois nesse tempo que a gente teve contato direto, aplicando mesmo o PSF no Internato Rural" (E10).

O Internato Rural é uma proposta de prática na área de Saúde Pública em que graduandos trabalham em nível local de serviços de saúde, supervisionados por profissionais da área. A operacionalização do Internato Rural ocorre sempre inserindo o estudante em um serviço de atenção primária. Dessa maneira, o aluno presta um serviço assistencial que contribui para sua legitimação perante a população sem perder de vista a mobilização da comunidade no sentido da conscientização, priorização e busca das soluções dos problemas cotidianos de saúde (RUIZ, et al., 1985).

Na prática, o Internato Rural objetiva a construção de projeto de integração docente-assistencial que colabora efetivamente para a formação do estudante e a consolidação da qualidade do SUS nos municípios e regiões contempladas por este estágio. Considera-se o Internato Rural como uma das etapas da formação dos alunos, já que os capacita a integrar-se com a equipe multiprofissional e com a comunidade, gerenciar os serviços de saúde, e trabalhar com

responsabilidade ética. Ademais, essa forma de inserção no mundo do trabalho possibilita aos estudantes o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para intervir no processo saúde-doença junto às comunidades, segundo os pressupostos do SUS.

Dessa forma um dos desafios para implementação das diretrizes do PSF e para o atendimento adequado das necessidades da população consiste no envolvimento dos profissionais inseridos no programa com alunos de graduação, pois, atuando em conjunto, eles podem refletir sobre o processo de trabalho, oferecendo subsídios para a sua reformulação e também para a formação profissional em saúde.

Outro aspecto apontado pelos sujeitos da pesquisa refere-se à figura do professor como elemento de interferência na qualidade do seu processo de formação profissional.

“A paixão que os professores tinham pelo que faziam e a forma como a disciplina foi ministrada eu acho que foi fundamental porque o aluno passa a ter interesse de acordo com aquilo que ele vê. Então tudo isso acho que foi despertando o interesse pela área”(E03).

“Uma grande facilidade neste processo de formação foi a forma como foram ministradas as aulas e o acompanhamento nos campos de estágio” (E14).

“Um aspecto facilitador foi que muitos professores atuavam nessa linha de atenção primária” (E08).

“Facilitador da graduação foram os bons professores, o corpo de professores que eu tive” (E09).

Por meio da análise dos depoimentos, a presença de professores capacitados na área de Saúde Pública é expressa pelos entrevistados como fator relevante no processo de ensino-aprendizagem durante a graduação. A esse respeito, entende-se que no processo ensino-aprendizagem, docentes e alunos precisam mutuamente assumir o compromisso e a responsabilidade da construção do conhecimento para a formação de profissionais de enfermagem competentes e capacitados para cuidar de pessoas (FERNANDES; VAZ, 1999).

Nesse sentido, a relação entre eles pode ser considerada como um dos elementos essenciais para o processo educacional, já que a graduação tem influência direta na configuração do perfil profissional. Além disso, o que determina se uma formação profissional ocorre no sentido progressista, crítico-reflexivo ou conservador e tecnicista é o modo de entender e fazer educação, de como ela é trabalhada em sala de aula e como se dá o espaço de interação entre professores e alunos (SORDI e BOGNATO, 1998).

A figura do professor, muitas vezes, cria expectativas positivas nos alunos, levando-os a um maior interesse e melhor rendimento. Porém, não basta apenas a dedicação do professor. O aluno, nesse contexto, precisa participar ativamente do seu aprendizado, sendo capaz de discutir suas ideias e opiniões, na construção coletiva do conhecimento e na formação de uma consciência crítica e

reflexiva. Por isso, o modo como ocorrem as relações entre educadores e educando deve ser composta por horizontalidade, diálogo, dinamismo e, além de tudo, deve ser movida por respeito recíproco. A esse respeito salienta-se a importância de projetos pedagógicos que promovam a adoção de currículos flexibilizados e que possibilitem a participação efetiva dos estudantes no direcionamento do seu processo de formação.

4.2.2 As influências do processo de formação profissional para a atuação do enfermeiro na atenção primária

O trabalho consiste em um processo “em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza” e “modificando-a, modifica assim sua própria natureza” (MARX, 1982, p.202). Baseando-se nas discussões de Marx, Braverman (1981, p.53) define o trabalho como uma atividade que transforma um objeto, cujo trabalhador conscientemente imprime a ele um projeto, o que faz com que o trabalho seja um produto peculiar da espécie humana. Assim, o trabalho é tudo aquilo relacionado ao fato de trabalhar: “os gestos, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações, é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc.” (DEJOURS, 2004 p. 24).

Nessa perspectiva, a trajetória profissional pode ser entendida como as múltiplas experiências no trabalho, envolvendo as relações pessoais, comportamentais e os sentimentos que permeiam o cotidiano das atividades.

Para os enfermeiros deste estudo, a escolha do trabalho nessa área não ocorreu por acaso, tendo sido motivada por sentimentos de satisfação e realização profissional que os acompanhavam desde o primeiro contato com a área de Saúde Pública. Segundo os entrevistados, sua inserção no PSF está atrelada ao seu perfil pessoal de buscar alcançar seus objetivos e sonhos:

“Eu já saí da faculdade com esta intenção de tentar voltar mais para atenção primária, que era o que eu gostava. Coincidentemente eu consegui e foi bom. Interessante porque foi na época do início do programa Agente Comunitário de Saúde, eu tinha contato com a unidade básica de saúde e passei a me interessar” (E15).

“Percebi que era isso que eu queria por causa da proximidade com a população, com o contexto familiar... É o que eu gosto, pretendo me aposentar dentro do PSF” (E12).

“Sempre gostei de trabalhar com saúde pública, é o meu ponto fraco mesmo, já passei por vários locais, CTI, urgência, hospital do interior, mas meu fraco mesmo é Saúde Pública. Teve um tempo que consegui ficar trabalhando para três municípios ao mesmo tempo” (E05).

No tocante aos depoimentos foram visualizados elementos que representam sentimentos direcionados para a realização pessoal, para o desejo de manter contato com a comunidade e também

de identificação com o trabalho. Esses sentimentos, avaliados por alguns estudiosos, implicaram em teorias para explicar o fator fundamental que faz as pessoas adotarem atitudes, pensar, agir e buscar seus objetivos ou metas, resultando todas, em diversas teorias sobre a motivação (BATISTA *et al.*, 2005). Desde a antiguidade, existe uma preocupação com as razões pelas quais as pessoas agem ou pelas quais decidem o que fazer (VIEIRA, 2002).

Para os enfermeiros deste estudo, o contato prévio com conteúdos de Saúde Pública levou-os a se identificar com o trabalho nessa área. Na medida em que o graduando se identifica com uma área específica ele passa a se interessar pelo trabalho e vislumbrar uma carreira profissional.

Dessa forma, a motivação aparece como um aspecto a ser considerado, no sentido de compreender o lugar do sujeito, como ele se percebe no contexto e está relacionado às suas crenças, escolhas e à sua própria construção como pessoa (SCHERER, 2006). Em estudo realizado por Batista *et al.* (2005), os fatores motivacionais atribuídos pelos enfermeiros em seu trabalho, em ordem de prioridade são: gostar do que faz, ter bom relacionamento multiprofissional e o crescimento profissional.

O gostar do que faz, também foi reconhecido pelos enfermeiros deste estudo como sentimento indispensável para o trabalho na atenção primária, conforme exemplificado:

“Primeiramente ele tem que gostar da atenção primária, eu acho primordial em tudo o que a pessoa vai fazer” (E06).

“Acho que tem que gostar de atuar mesmo, para tentar mudar um pouquinho os hábitos da população” (E15).

“Tem que gostar em primeiro lugar, porque a gente percebe que muitos enfermeiros não gostam, foram conduzidos a trabalhar na atenção primária”(E04).

“O enfermeiro de atenção primária deve ser de uma pessoa bastante envolvida com a saúde pública que tenha interesse na área e que goste, porque a gente vê muitas pessoas que ficam uma semana na nesta área e vê que não é isso, que o negócio dela é hospital” (E11).

O sentimento de se gostar daquilo que faz é algo primordial quando o objeto de trabalho é o cuidado ao ser humano (MARTINS *et al.*, 2006). O apreço pelo trabalho significa ter escolhido a profissão pela qual se tinha interesse, algum tipo de afinidade ou gosto, bem como ter se identificado com os conteúdos durante o processo de formação e ter encontrado satisfação no desempenho de suas atividades.

No que concerne a identificação do aluno com o seu curso de graduação, ressalta-se que ele cresce e se envolve com os demais atores abarcando um conjunto de práticas ideológicas anteriores à sua inserção no mercado de trabalho, capacitando-os a reproduzir determinadas posturas apreendidas durante a vida acadêmica. Nesse sentido, o processo de formação profissional exerce grande influência no modo de viver do graduando, especialmente na área da saúde, cujo contato com situações de vulnerabilidade humana é frequente. Além disso, os graduandos passam grande parte do

seu tempo inseridos nas instituições de ensino, o que contribui para as relações que ocorrem no ambiente acadêmico se tornarem a base para suas escolhas profissionais. Em estudo realizado por Esperidião e Munari (2005) foi evidenciado que a vivência da prática profissional durante a graduação tem influência direta nos alunos sobre suas questões como indivíduo e na sua vida profissional.

É importante salientar que embora os sujeitos desse estudo tenham evidenciado a importância de se gostar do trabalho que realizam, muitos deles manifestaram dificuldades ao exercer suas atividades de forma segura quando ingressaram no serviço.

“No início eu tive um pouco de dificuldade até porque a demanda no PSF é um pouco diferente de outras áreas. A demanda é muito grande e às vezes não dá muito para desenvolver atividades como a gente pretende até mesmo como a gente planeja” (E09).

“O enfermeiro da saúde coletiva na verdade tem que atuar em todas as áreas, então a gente sabe de tudo um pouco né? Claro que em alguns momentos a gente sente que há um déficit” (E03).

“Toda a experiência que eu tenho muita coisa aprendi diante da dificuldade. Vai fazer nove anos que atuo como enfermeira do PSF e hoje tenho menos insegurança, apesar de que eu acho que a gente sempre tem que aprender” (E04).

Por meio dos relatos apresentados foi possível perceber que para trabalhar na atenção primária o enfermeiro precisa realizar suas ações utilizando múltiplos conhecimentos, sabendo lidar com a demanda excessiva e diferenciada. A esse respeito, Peduzzi (2000) afirma que a saúde coletiva envolve certas práticas cujo objeto se constitui nas necessidades de saúde, com utilização de distintos instrumentos de trabalho, diversos saberes, disciplinas e tecnologias.

Em estudo realizado por Leite (1999), as principais dificuldades apontadas pelos profissionais da atenção primária dizem respeito à falta de articulação da equipe, ao excesso de demanda e a não compreensão dos processos de trabalho. Com relação ao excesso de demanda, a mesma tornou-se, hoje, característica marcante do PSF, pois a prioridade é que todos tenham acesso aos serviços de saúde, a partir da atenção primária, para assim garantir o princípio da igualdade nos atendimentos à população (BRASIL, 2006).

O enfermeiro inserido no contexto da atenção primária se engaja no alcance dos objetivos e processos de trabalho. Nesse contexto os aspectos objetivos são previamente determinados por meio de leis, diretrizes, normas e protocolos clínicos. Nessa perspectiva, é esperado pelo serviço que esse profissional desempenhe inúmeras tarefas como realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento (pré-natal, saúde da puerpera e do recém-nascido, puericultura, saúde da criança e do adolescente, etc.), além de responder pela organização, condução e supervisão do processo de trabalho dos técnicos de enfermagem e dos ACS (BRASIL, 2006a). Assim, evidencia-se que o enfermeiro realiza um vasto leque de atividades na atenção primária. Além

das questões objetivas observa-se seu envolvimento com as subjetividades que abarcam o trabalho em saúde. Portanto, ele precisa exercitar, o tempo todo, uma gestão de si, uma gestão que envolve escolhas, valores e tomadas de decisão (VILLA, 2009). Essa situação, desperta no profissional a necessidade de manter-se atualizado continuamente.

“Na realidade eu tive que me reportar além de tudo que eu tinha aprendido na faculdade, tive que estudar mais para acompanhar a crescente demanda que o PSF tem. Cada hora você tá atendendo um quadro diferente, um situação diferente. Tem que estar se atualizando sempre” (E01).

“Tem que estar sempre atualizando os conhecimentos porque no dia a dia a gente depara com situações inusitadas” (E11).

As falas dos enfermeiros indicam a necessidade de buscar novos conteúdos com a finalidade de acompanhar as condições de saúde da população que constantemente se modificam. Os relatos reforçam a ideia de que a educação deve ser entendida como um processo permanente, iniciado durante a graduação e mantido na vida profissional (CAMPOS *et al.*, 2001). Essa noção temporal de continuidade implícita na educação ganha cada vez mais sentido em face da reconhecida transitoriedade do saber e das marcantes transformações no mundo do trabalho em saúde (RIBEIRO, 2006).

Esse processo contínuo de educação ocorre, mais especificamente, após o término formal dos estudos de graduação e estão estreitamente vinculadas a necessidade de atualização dos conhecimentos (RIBEIRO, 2006). Constata-se que, no contexto da formação e do desenvolvimento profissional, a questão educativa pode ser percebida sob diferentes vertentes, tais como: educação permanente, educação em serviço e educação continuada.

A educação em serviço é todo processo educativo a ser aplicado no interior das relações humanas do trabalho, capaz de desenvolver habilidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, levando-os a melhorar sua competência e ter maior satisfação no trabalho, com a valorização profissional e institucional (PASCHOAL *et al.*, 2007).

Sobre a educação continuada, a OPAS define como um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas e grupos face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais (OGUISSO, 2000). Com relação a educação permanente, parte-se do pressuposto de uma aprendizagem por significados, na qual a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas no serviço, estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2003). Atualmente, o conceito de educação permanente é trabalhada tanto pelo governo federal quanto pela UNESCO e configura-se como política de formação

e qualificação de recursos humanos. Portanto, no presente estudo, optou-se por utilizar a denominação educação permanente para esse processo educativo devido, também, estar citado nas DCN como competência de responsabilidade do profissional de saúde.

Na prática da enfermagem, investimentos na qualificação profissional são necessários e devem ser permanentes, pois o enfermeiro precisa estar preparado para atuar de forma adequada e qualificada, contribuindo com um melhor atendimento as necessidades dos clientes e familiares, por meio da aquisição de novas competências.

Em se tratando do conceito de competências, pode-se observar três dimensões: conhecimento, habilidade e atitudes. O conhecimento corresponde a uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo, que lhe permite entender o ambiente e as relações diretamente ligadas às atividades humanas e naturais no mesmo. Já as habilidades correspondem à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido com vistas à consecução de um propósito definido. E a atitude diz respeito ao conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos e, ainda, aos aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho (RUTHES, 2008).

Outra característica do conceito de competências que vem sendo enfaticamente empregado associa o conhecimento teórico à prática. Nesse sentido, é possível entender competência como esquemas de ações e operações mentais de caráter cognitivo, sócio-efetivo ou psicomotor que, mobilizadas e associadas a saberes teórico ou experiências, geram habilidades, ou seja, um saber-fazer (PINHEL, 2007). Acredita-se que a manifestação das competências se dá nas atividades práticas, dessa forma, foi possível conhecer as competências essenciais para o trabalho do enfermeiro na atenção primária, ou seja, as competências estratégicas e únicas, direcionadas ao serviço no primeiro nível de atenção.

4.2.3 Competências essenciais para o trabalho do enfermeiro na atenção primária

A implantação do SUS acarretou inúmeras mudanças, tanto na formação quanto na prática profissional do enfermeiro. Os diversos cenários de atuação no qual este profissional se inscreve vem apontando a necessidade de novos conhecimentos e novas formas de trabalho, o que implica alterações sobre a definição da profissão, envolvendo desde o papel profissional até os componentes multiculturais que a permeiam.

Nessa perspectiva, é exigido um profissional capaz de acompanhar as inovações tecnológicas, com potencial para a resolução de problemas e habilidade de negociação. Para contemplar essas exigências diversas entidades nacionais, tanto no âmbito do ensino quanto dos serviços, se envolveram na construção das DCN, no sentido de estabelecer um perfil profissional com

competências, habilidades e conhecimentos adequados para atuar no SUS. Assim, as DCN, definem o perfil profissional do enfermeiro como um

Profissional de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de enfermagem, com bases no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e o enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem como capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem (BRASIL, 2001).

Determinar o perfil profissional do enfermeiro implica conhecer as atividades desenvolvidas por eles, bem como proporcionar a adoção de medidas em prol da sua qualificação e melhor desempenho para uma assistência adequada à população.

Considerando o perfil como o conjunto de habilidades que devem nortear o exercício de uma profissão, incluindo neste conjunto, qualidades pessoais, conhecimentos, habilidades, papéis e valores atribuídos pela sociedade (MORAES, 2002), os enfermeiros deste estudo acreditavam que para atuar no primeiro nível de atenção é imprescindível **saber ouvir**:

“Ele tem que saber ouvir, o programa saúde da família exige isto. A pessoa senta aqui e você começa a anamnese, começa a conversar assim você tem mais facilidade de captar o que aquele paciente tá querendo dizer” (E05).

“Com os processos de trabalho instalados, atualmente na atenção primária que é o acolhimento, uma escuta qualificada, o enfermeiro tem que ter, a gente tem que saber ouvir, se empenhando para buscar uma solução para o problema daquele indivíduo, tem que se colocar no lugar do outros (...)” (E11).

‘A gente tá no acolhimento, né? Então é necessária a nossa escuta. “A gente começa a ser muito seletiva, sabe como que vai canalizar cada queixa” (E03).

“O primeiro perfil que o enfermeiro deve ter é a escuta aberta porque o povo em si, às vezes, é muito carente não de atendimento, mas de escuta aberta” (E09).

O trabalho dos enfermeiros na atenção primária envolve o contato com diversos atores, usuários, membros da comunidade, da equipe da saúde e representantes de outros setores. Segundo Witt (2005, p.156), o atendimento ao usuário diferencia-se do contato realizado com os demais atores, porque envolve a identificação das necessidades de saúde. Nesse contato, os enfermeiros pesquisados assumiram o saber ouvir como elemento fundamental do seu trabalho.

Atualmente, as atividades da atenção primária estão centradas na lógica da produção do cuidado, a partir de um trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida da população. Sobre essas ações, Matumoto *et al.* (2005) apontam que, além de produzir procedimentos como um curativo, uma consulta, os enfermeiros devem focalizar suas atividades nas relações humanas, na produção de vínculo e no acolhimento. Para produzir saúde baseada nas relações

humanas, esses profissionais devem possuir a habilidade de ouvir os outros de maneira imparcial, respeitando os pontos de vista e promovendo a expressão de diversas opiniões e perspectivas (COUNCIL, 2001). Nesse âmbito, a necessidade de se receber bem, ouvir, buscar formas de compreender e solidarizar-se com os usuários dos serviços de atenção primária tornou o ato de acolher uma estratégia de ação prioritária para garantir o atendimento de todas as pessoas neste nível de atenção (MATUOMO, 1998; FRANCO *et al.*, 1999; FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

Nesse sentido, o presente estudo apontou que os enfermeiros relacionam a habilidade de saber ouvir ao acolhimento. Esse achado também foi obtido em outras investigações (WITT, 2005; SILVEIRA *et al.*, 2004; MATUOMO, 1998). Assim, ressalta-se que o acolhimento tem sido considerado como um processo eminentemente de relações humanas que deve ser realizado por todos os trabalhadores da saúde e em todos os setores do atendimento. Portanto, o acolhimento não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que possibilita a captação das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário (FRANCO *et al.*, 1999).

Acredita-se que o desenvolvimento da competência do enfermeiro saber ouvir esteja ligada ao acolhimento porque para realizá-lo é importante criar um ambiente de apoio que assegure a participação do usuário no sentido de comunicar-se. Dessa forma, o enfermeiro deve encorajar os usuários a falar e identificar nas suas falas, as atitudes, crenças, suposições, sentimento e valores a respeito da saúde. Portanto, estar atento e possuir a capacidade de ouvir no sentido de compreender as necessidades da população são características imprescindíveis para o trabalho do enfermeiro na atenção primária.

Outro aspecto enfatizado pelos sujeitos deste estudo como competência essencial para o trabalho no primeiro nível de atenção diz respeito a questão de saber **trabalhar em equipe**.

"Acho que a primeira coisa ele tem que ter um perfil mais de trabalho em equipe, é fundamental o trabalho em equipe" (E07).

"O enfermeiro tem ter um conexão com toda a equipe, para comunicar o que está acontecendo porque isso é importante é para própria resposta, para o trabalho se desenvolver corretamente" (E10).

"Saber trabalhar com a equipe toda... eu acho que a gente tendo essa boa interação entre os profissionais passa confiança para eles e pode tirar alguém dúvida na hora que você vai esclarecer alguma coisa" (E02).

"Ele vai ter que trabalhar com toda população, seguindo os programas e sempre baseado em protocolos para que você tenha um trabalho padrão e sempre estar pensando em trabalhar em equipe eu acho que essas são as diretrizes para estar atuando nesta área"(E08).

Sobre o assunto, há que se ressaltar que o enfrentamento de problemas complexos na atenção primária requer a compreensão das várias disciplinas para operacionalizar o PSF. Nesse

aspecto, a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada ao PSF devido a necessidade dos profissionais construírem um projeto comum de maneira que os trabalhos de cada especialidade se complementem (PEDUZZI, 2001).

Para Gomes *et al.* (2005), o trabalho em equipe, devido à sua característica e heterogeneidade, com uma multiplicidade de atores com diferentes formações e responsabilidades, gera uma maior complexidade no trabalho em saúde. A despeito dessas diferenças, segundo esse autor, o trabalho em saúde deve ser idêntico a uma orquestra, todos trabalhando em harmonia, uma vez que o objeto de trabalho de todos os profissionais é o mesmo, ou seja, a produção de cuidado.

Neste estudo, os sujeitos entrevistados evidenciaram o trabalho em equipe referindo-se a articulação das ações entre os profissionais. Também revelaram que essa articulação é importante porque buscam com os demais membros da equipe trocar informações sobre o trabalho e esclarecer dúvidas. A articulação entre as ações executadas ocorre, segundo Peduzzi (2001), principalmente, devido a necessidade que os profissionais têm de conhecer o trabalho do outro e incorporá-lo na execução do seu próprio trabalho.

Dessa forma, observa-se que a articulação está sempre voltada para atender às demandas que se expressam nas queixas apresentadas pelos usuários (SILVA; TRAD, 2005). Assim, a articulação dos trabalhos requer que cada agente tenha um dado conhecimento do trabalho do outro e reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

O enfermeiro, no trabalho da atenção primária, ocupa posição de destaque, já que cabe a este profissional assumir sua parcela de responsabilidade na atenção direta à clientela, realizando atividades junto a grupos de apoio, visitas domiciliares e consultas de enfermagem. Ademais, realiza ações de promoção da saúde e assume as atividades burocráticas e administrativas; orienta a equipe por meio de educação permanente e realiza atividades de pesquisa.

As atividades mencionadas são importantes, tendo em vista as propostas de mudança no atendimento ao usuário, uma vez que tentam quebrar a hegemonia do modelo biomédico, utilizando formas de cuidado que ultrapassam os limites físico individual para uma atenção coletiva, além de facilitar o acesso e a integralidade (REIS, 2007). Portanto, segundo os entrevistados, para a realização eficaz dessas atividades é requerido do enfermeiro o **domínio do saber** em inúmeras áreas do conhecimento.

“O enfermeiro tem que conhecer o estudo de Saúde Pública, tem que ter conhecimento de todos estes grupos, como idoso, hipertenso, diabético, mulher, criança... tem que ter uma noção do todo”(E07).

“A gente aqui, acaba que faz e um tudo... Tem a parte administrativa, a questão de conhecer os pacientes, os diabéticos, as vacinas. Eu acho que o enfermeiro esta em todas as ações da unidade, portanto, tem que saber de tudo um pouco”(E02).

“Acho que tem que ter um bom conhecimento de todas as áreas, tem que saber que o enfermeiro realiza ações em várias áreas. Tem que ter conhecimento na saúde da mulher, do adulto, hipertensão, diabetes, coberturas especiais, vacinas e também de recursos humanos”(E06).

“É necessário ter um conhecimento holístico, para saber lidar com gestante, fazer puericultura, prevenção e hipertensos, diabéticos, ter esse conhecimento”(E08).

Considerando as falas dos enfermeiros que atuam na atenção primária, verifica-se que é na prática profissional que ocorre a aplicação dos conhecimentos técnico, científico e comportamental adquiridos na formação (PASCHOAL *et al.*, 2006). No PSF, as atividades e atribuições do enfermeiro estão prescritas tanto pelo Ministério da Saúde quanto pela Secretaria Municipal de Saúde e o trabalho nele desenvolvido demanda ações de alta complexidade cognitiva e relacional (STARFIELD, 2002).

O conhecimento, segundo Perrenoud (1999), está presente na quase totalidade das ações humanas, às vezes superficial, outras vezes aprofundado, sendo que quanto mais complexas forem consideradas as ações, mais conhecimentos aprofundados, avançados, organizados e confiáveis elas exigem. Assim sendo, entende-se que o conhecimento para o enfermeiro não abrange apenas aspectos da ciência e sua adequada utilização em situações que se apresentam. Mais do que isso, é necessária a interação de competências interpessoais e técnicas com o pensamento crítico.

No que se refere aos enfermeiros deste estudo, o domínio do saber sobre área do conhecimento da Saúde Pública é necessário para a resolução dos problemas de saúde no primeiro nível de atenção, assim como o conhecimento técnico dos profissionais, a capacidade de ação acolhedora, o vínculo que se estabelece com o usuário e ao significado que se dá na relação profissional (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

A esse respeito, ressalta-se que, no referencial da OPAS, o domínio das ciências da Saúde Pública inclui as ciências sociais e do comportamento, a bioestatística e a epidemiologia, a Saúde Pública ambiental e a prevenção de enfermidades e danos crônicos e agudos, bem como a compreensão do desenvolvimento histórico e da estrutura do sistema de saúde (RUIZ, 2001). Desse modo, percebe-se que os conhecimentos na atenção primária à saúde são dinâmicos e se alteram de acordo com o contexto histórico e social da população. Nesse sentido, os enfermeiros deste estudo apontaram que para atuar na atenção primária é fundamental **buscar conhecimentos** continuamente.

“A gente tem que estar sempre reciclando porque a demanda exige, chega pra você a necessidade de dar uma resposta e eles confiam na gente. Você tem que demonstrar que está sabendo”(E05).

As transformações da área da saúde exigem que o profissional valide a sua competência para seu ingresso no mercado de trabalho e suas fragilidades de forma contínua, por meio da educação permanente (CARVALHO, 2004). Nessa perspectiva, o vínculo entre a aprendizagem

continuada e a vida profissional deve ser um compromisso assumido desde a graduação, em busca da adequação às novas exigências do mercado de trabalho e para uma assistência à saúde com qualidade.

Os resultados deste estudo são concordantes com os achados de um trabalho realizado por CARRIJO *et al.* (2007) sobre a empregabilidade dos egressos de um curso de enfermagem, que confirmou que os enfermeiros reconhecem suas limitações e buscam formas alternativas de educação permanente. A participação dos enfermeiros nas atividades de educação permanente é essencial para o trabalho em saúde, porque, além de manterem contato direto e constante com a equipe de enfermagem, com os usuários e com os demais profissionais que integram os processos de trabalho em saúde, muitas vezes assumem a organização do serviço.

Assim, se recomenda aos enfermeiros buscarem atualizações a respeito das novas ações e condições do cotidiano de trabalho. Um dos métodos de aquisição de novos conhecimentos evidenciado pelos enfermeiros do presente estudo revelou a pós-graduação como uma das metodologias de educação permanente mais procurada por eles, afinal a totalidade dos sujeitos entrevistados apontou a formação neste nível de ensino.

No decorrer desta pesquisa, outro aspecto que emergiu das falas dos enfermeiros pesquisados diz respeito às diferentes habilidades entre enfermeiros do gênero masculino e feminino. Diferente da imagem da enfermeira como profissional desvalorizada e submissa construída socialmente em nossa cultura, os sujeitos deste estudo apontaram que as enfermeiras possuem maior habilidade para trabalhar com a atenção primária, especialmente, nas atividades que demandam interação com os usuários

“Eu posso dizer que existe diferença entre o trabalho da mulher e do homem. Um exemplo é que muitas pacientes chegam para conversar algo com o médico ou enfermeiro e não esclarece tudo por ser homem. A minha equipe é a única que tem homem e muitas vezes as pacientes me procuram para certas conversas e alguns até gostam que eu entre no consultório para ajudar explicar as coisas. No acolhimento também, nossa percepção e sensibilidade acaba interferindo. Não é que o profissional do sexo masculino não aconteça, mas a mulher é mais emocional” (E10).

Ainda, no que se refere à questão do gênero, os sujeitos deste estudo evidenciaram que o fato de ser mulher interfere no trabalho da atenção primária, uma vez que é permeado por relações sociais que, muitas vezes, ultrapassam a competência técnica para o desempenho de suas funções. Nesse caso, emergiram de alguns depoimentos que características do “ser mulher” eram facilitadoras na relação com os usuários, principalmente quando se trata do atendimento das necessidades de saúde da mulher.

“Eu acho que por ser mulher já ajuda. A população feminina daqui tem aversão por atendimento masculino, principalmente o ginecológico e pré-natal. É um fator

facilitador e dificultador porque às vezes fico com a agenda cheia. A população também a maioria é feminina então a gente se identifica e vai trocando experiências” (E03 / mulher).

“Existe diferença entre ser homem ou mulher, eu achei que ao chegar ao centro de saúde deveria atuar em todas as frentes do PSF. Realizava exames preventivos com a médica da unidade, só que ao abrir uma agenda para atender as pacientes sozinho, em um ano de agenda aberta nenhuma paciente quis vir comigo. Essas são características negativas que a gente sente um pouco, também na questão da maternidade, mas a gente com o tempo vai lidando com os preconceitos e limitações” (E11 / homem).

A esse respeito cabe salientar que a enfermagem é historicamente uma profissão marcada pela presença feminina. Assim, na nossa sociedade, as mulheres tendem a acumular, naturalmente, funções profissionais e domésticas, sem perceber muitas vezes que as singularidades femininas repercutem no desempenho da sua profissão. Uma dessas singularidades é representada, nas falas, pela maternidade, pois ela ainda se constitui como componente central e definidor da identidade feminina (BRITO, 2004).

Nessa perspectiva, na medida em que as enfermeiras se identificam com as necessidades das usuárias amplia-se a eficácia das ações de saúde por meio do vínculo que se forma. No PSF, a noção de vínculo, segundo Schimit e Lima (2004), é a de conhecer as pessoas e seus problemas. Nesse sentido, o presente estudo sinalizou para o fato de que algumas habilidades femininas facilitam a aproximação com a população.

“Acho que a mulher tem a habilidade nata de ouvir, chegar perto, saber escutar, de por o sentimento acima de tudo, de acolher mais efetivamente as pessoas. Acho que esse lado feminino facilita o trabalho, as pessoas precisam de muito carinho” (E04).

O autores Bruschi e Bird (1996) apontam a flexibilidade, a sensibilidade, a inovação, a integração e a orientação para a ação como características predominantes no sexo feminino. Assim, os relatos dos enfermeiros entrevistados sugerem que as atitudes como saber ouvir e acolher os usuários e as famílias são mais bem aplicadas pelas mulheres devido sua característica de sensibilidade.

No tocante as competências necessárias para atuar na atenção primária encontradas neste estudo, percebe-se que as mesmas estão de acordo com as requeridas pelas DCN com destaque para as atividades de educação permanente, domínio do saber em Saúde Pública, trabalho em equipe e a escuta qualificada. Dessa forma, entende-se que os enfermeiros deste nível de atenção à saúde vislumbram um profissional capaz de atuar com conhecimentos que os permitam reconhecer as relações do seu trabalho sobre a saúde da população, bem como capazes de compreender a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas.



CONSIDERAÇÕES FINAIS



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expansão e a qualificação da atenção primária, organizada por meio da Estratégia Saúde da Família compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. É sabido que a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) está em constante modificação. Nessa perspectiva, o desafio atual é instituir redes de atenção à saúde com capacidade de oferecer a população uma assistência contínua e integral, coordenada pela atenção primária à saúde. Essa concepção supera a antiga proposição do modelo de atenção à saúde exclusivamente centrado na doença. A ideia de organizar a rede de atenção à saúde tendo a atenção primária como porta de entrada e estabelecida com base na atenção à família convoca mudanças na formação de profissionais da saúde, pois eles constituem a base para viabilização e implementação de ações e projetos concomitantes às propostas do SUS.

Nesse sentido, a qualificação dos trabalhadores da saúde contribui decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. A necessidade de profissionais qualificados busca reorientar seus processos de formação e identificar novos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de conhecer aspectos referente a qualidade e das implicações éticas de seu trabalho. Também, as novas estratégias em busca de melhorias no serviço deste primeiro nível de atenção apontam para necessidade de profissionais capacitados para trabalhar com as relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, em decorrência da necessidade de realizar atividades em grupo e melhorar o contato com o usuário no atendimento individual.

O enfermeiro, nesse contexto, se destaca como profissional indispensável para compor a equipe mínima de Saúde da Família. Na equipe Saúde da Família, as atividades desempenhadas por esse profissional como planejar, coordenar, avaliar e supervisionar as ações dos Agentes Comunitários de Saúde, realizar assistência integral à saúde dos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento, bem como identificar as necessidades sociais de saúde da população e relacionar-se com ela, constituem a maior parcela de ações realizadas na atenção primária.

Mediante essas reflexões, foi possível conhecer, por meio deste estudo, alguns aspectos facilitadores e dificultadores do processo de formação dos enfermeiros envolvidos no trabalho do primeiro nível de atenção à saúde em Belo Horizonte. Implicou, ainda, perceber as influências do processo de formação profissional para atuação do enfermeiro na atenção primária e a identificar as competências essenciais para a realização de suas atividades neste nível de atenção.

No que se refere aos aspectos facilitadores, conclui-se que a condição de estudar em universidade pública, propiciou aos enfermeiros deste estudo, uma formação voltada para o modelo de atenção à saúde vigente, por focalizar em seus currículos os determinantes de saúde, com desenvolvimento de atividades em cenários diversificados. Nessa perspectiva, o Internato Rural foi considerado como a estratégia mais adequada durante a graduação, por proporcionar ao estudante condições de integrar conhecimentos teóricos e práticos. Além disso, observou-se que o Internato Rural prepara o aluno por meio da vivência prática no serviço, dando a ele não apenas conhecimentos a respeito da clínica como também sobre a organização do trabalho.

Foi evidenciado, ainda, a influência da presença de professores capacitados na área de Saúde Pública para a qualidade do processo de formação profissional dos enfermeiros. Outra facilidade revelada, neste trabalho, diz respeito a formação técnica dos enfermeiros e, conseqüentemente, sua experiência na atenção primária anterior a inserção deles no curso de graduação em enfermagem.

No que concerne aos aspectos dificultadores, o despreparo dos enfermeiros que atuam na atenção primária após concluir o curso de graduação foi o mais evidenciado. Dos enfermeiros que julgaram não sentir-se preparados, a maioria era egresso de universidades particulares, estudante de universidades públicas cuja formação ocorreu entre 6 e 11 anos e discente de universidades públicas graduados há mais de 15 anos.

Nesse sentido, conclui-se que as facilidades e dificuldades enfrentadas por esses profissionais para atuar na atenção primária depois de formados podem ter sido influenciadas por fatores, tais como: as instituições particulares têm preparado os estudantes para trabalhar em um modelo de saúde hospitalocêntrico, voltado para a clínica e a cura de doenças; os graduados em instituições públicas entre 6 e 15 anos se formaram em um contexto de transição entre o modelo médico centrado e o focalizado na saúde da família, o que gerou heterogeneidade quanto sua condição para atuar na atenção primária; os formados em instituições públicas há mais de 15 anos, pois vivenciaram seu processo de formação anteriormente à instituição do SUS, com base em currículos pautados na fragmentação do conhecimento com foco nas especialidades, sem a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer. Com relação ao despreparo dos enfermeiros após completarem o curso de graduação, um elemento imprescindível para o enfrentamento das suas ações e atribuições no trabalho em saúde foi o apoio e incentivo de profissionais mais experientes.

Os resultados sobre a influência do processo de formação profissional para a atuação do enfermeiro na atenção primária, revelaram que a escolha dos enfermeiros desta pesquisa, pelo trabalho na atenção primária não ocorreu por acaso e a identificação com a área de Saúde Pública se deu por meio do contato prévio com os conteúdos durante a graduação. Além disso, esses profissionais afirmaram que é essencial gostar do trabalho que realizam, pois, independente da

insegurança inicial a inserção no serviço de atenção primária, é a satisfação no desempenho de suas atividades que os incentivam a buscar conhecimentos e atualizar-se.

A respeito das competências essenciais para a realização das atividades no primeiro nível de atenção à saúde, definiu-se como fundamental a escuta qualificada, o trabalho em equipe, o domínio do saber em Saúde Pública e a educação permanente. Também emergiu das falas dos sujeitos que as características femininas inerente às enfermeiras, como a experiência da maternidade e a sensibilidade, são reconhecidas como aspectos facilitadores para o trabalho na atenção primária, principalmente na questão de relacionamento interpessoal e no atendimento das necessidades de saúde da mulher.

Com esses resultados foi possível perceber avanços significativos com relação ao processo de formação do enfermeiro. Dentre eles, se destaca o papel da universidade pública que, com a adequação dos currículos nos moldes das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), implantaram novas estratégias de ensino, voltadas para atenção primária. Também, ressalta-se a preocupação dos profissionais com relação a necessidade de atualizar-se e considerar a educação permanente como elemento fundamental para o acompanhamento das transformações no setor saúde. Além disso, o reconhecimento da necessidade de se ter uma escuta qualificada e a importância do trabalho em equipe implicam mencionar que os enfermeiros neste nível de atenção à saúde estão cientes das propostas de trabalho de acolhimento do SUS. Outro avanço diz respeito a carga horária de trabalho do enfermeiro, pois, atualmente, a maioria desempenha suas atividades exclusivamente no primeiro nível de atenção.

Esclarece-se que são muitos os desafios ainda presentes, como: envolver as universidades que ainda não se adequaram as exigências das DCN e do SUS a promover uma formação profissional compatível com as necessidades da população e voltada para o modelo de atenção a saúde vigente; proporcionar aos estudantes vivências práticas em diversos cenários de aprendizagem nas universidades e nos serviços; incentivar os profissionais mais experientes a manter-se atualizados, desenvolver projetos que priorizem a articulação entre profissionais da saúde, estudantes e docentes visando o envolvimento de todos na descoberta de novas estratégias e metodologias para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e, conseqüentemente, da formação profissional.

Considerando que a formação de recursos humanos em saúde focalizando a atenção primária vem sendo apontada como questão prioritária para pesquisas percebe-se, ainda, a escassez na literatura sobre a atuação do enfermeiro neste nível de atenção. Sendo assim, o estudo apresentou limites como: a dificuldade em confrontar os diferentes perfis de enfermeiros que trabalham no PSF de diversas localidades e abordagens teóricas a respeito das atividades que o enfermeiro vem realizando

neste campo de atuação. Sabe-se que todo estudo tem seus limites, e, mesmo considerando as limitações deste, acredita-se que o seu produto se constitui em elementos relevantes para subsidiar discussões sobre a formação de recursos humanos em saúde no âmbito profissional e acadêmico.



REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; LISBOA, C. A. **Distritos Sanitários: concepções e organização**, vol.1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 62 p.

ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1994, 296 f. Tese (Livre-Docência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1994.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.6, p. 96-101, Dez. 2000.

ALMEIDA, L. P. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 31-35, Jan./Fev., 2008.

ALVES, D. B. Condições de trabalho na Enfermagem: aspectos teóricos. In: ALVES, D. B. **Trabalho, educação e conhecimento na enfermagem: uma contribuição aos estudos sobre força de trabalho feminina**. Salvador: Dankart, 1997. p. 9-27.

ALVES, M.; *et al.* Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-446, Jul./Ago. 2004.

AMANCIO FILHO, A; TELLES, J. L. **Formação de recursos humanos para a saúde: antigos problemas, novos desafios**. In: 26ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação, 2003. Poços de Caldas, Minas Gerais, São Paulo: Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação, 2003. 234 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2004. 225 p.

BATISTA, A. A. V.; *et al.* Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n.1, p. 85-91, Mar. 2005.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Anuário Estatístico 2009. Disponível em: www.pbh.gov.br. Acessado em: jul 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **A Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte**: recomendações para a organização local. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2006. 180 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **"BH-VIDA: Saúde Integral"**. Recomendações para a Organização da Atenção Básica na Rede Municipal. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2003. 205 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2005-2008**. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2005. 93 p.

BERTOLOZZI, R. M.; FRACOLLI, L. A. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 14-20, Jun. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2006a. 164 p.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília, 1990 [citado 2006, jan.13]. Disponível em <http://bdtextual.senado.gov.br>.

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). **Orientações gerais para o roteiro de auto-avaliação das instituições**. Brasília: Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa Anísio Teixeira, 2004a. 38 p.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Lei n. 9394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, Nov. 2001. 37 p.

_____. Ministério da Saúde. **A Política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção primária /SAS. **Números da saúde da Família**. Brasil 2007a. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> acessado em 10/09/08.

_____. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. In: Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a, 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implantação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 86 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Enfermagem: legislação e assuntos correlatos**. 3ªed. Rio de Janeiro, GB: FSESP, 1974. 85 p.

_____. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de orientação da formação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 306 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção primária. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140 p.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção primária. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 79 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. **Política nacional de atenção primária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e de Educação da Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, 2004c. 11 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 21 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação da Saúde. Departamento da Gestão em Educação na Saúde. **Projeto piloto VER-SUS BRASIL: Vivência e estágios na realidade do sistema único de saúde do Brasil**. Brasília, 2004b. 299 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 173 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial** nº 1802, de 26 de agosto de 2008. Resolve instituir o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET-Saúde. [legislação na internet]. Brasília, 2008. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>, acessado em 05/09/2009

_____. REDE UNIDA. BRASIL. **Portaria Interministerial n.º 610**, de 26 de março de 2002. Resolve instituir o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. [legislação na internet]. Brasília, 2002. Disponível em <http://www.redeunida.org.br/promed/portaria.asp>, acessado em 05/09/2008.

BORGES, M. S.; *et al.* Representações sociais do trabalho da enfermagem: as ancoragens estruturais na visão da sociedade brasileira. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 113-122, Jul./Dez. 2003.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. 379p.

BRITO, M. J. M. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

BRUSCH, C.; BIRD, B. J. **Leadership vision of successful women entrepreneurs**: dimension and characteristics. New York: Frontiers of Entrepreneurship Research, 1996. 75 p.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. 5 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1991. 251 p.

CAMPOS, F.; *et al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, Maio/Ago. 2001.

CAMPOS, F. E. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, Maio/Ago. 2001.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994b, p. 29-87.

CARVALHO, P. C. **Empregabilidade**: a competência necessária para o sucesso no novo milênio. Campinas: Alínea, 2004. 79 p.

CARVALHO, S. R; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referencia na rede básica da secretaria municipal de saúde de Betim, Minas Gerais **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, Abr./Jun., 2000.

CARRIJO, C. I. S.; *et al.* A empregabilidade de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 356-363, Jul./Set. 2007.

CATTANI, A. D. **Trabalho e tecnologia**: Dicionário crítico. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 292p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, Jan./Jun. 2004.

CHIRELLI, M. Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA**. 2002. 281 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CHRISTOPHE, M. **A legislação sobre a educação tecnológica no quadro da educação profissional brasileira**. São Paulo: Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade, 2005. 180 p.

CORREA, E. J.; *et al.* **Nescon 25 anos: qualidade e pertinência, retrospectiva 1983-2008**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 277 p.

COTTA, A. M. D. D.; *et al.* A organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.15, n.3, p. 7-18, Set. 2006.

DEJOURS, C. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs). **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2004. 345p.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa; Busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p.89–104, Abr. 1998.

ESPERIDIAO, E. E MUNARI, D. B. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 332-340, Set. 2004.

FALCON, G. S.; *et al.* A complexidade na Educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Revista Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 343-51, Abr./Jun, 2006.

FAUSTINO, R. L. H.; *et al.* Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 343-347, Jul./Ago. 2003.

FERENC, A. V. F. **O trabalho docente no ensino superior: condições, relações e embates na prática**. In: VII Seminario de la Red Latinoamericana de Estudios sobre Trabajo Docente. 2008. Buenos Aires, Argentina, v. 1, p. 1-21, Jul., 2008.

FERNANDES, G. F. M; VAZ, M. R. C. Processo de avaliação humanizado e participativo nos estágios supervisionados de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n.1, p.106-121, Jan./Abril. 1999.

FERNANDES, J. D. A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: TEIXEIRA, E.; *et al.* **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 132p.

FERNANDES, J. D. **Expansão do ensino de enfermagem no Brasil.** 1988. 101 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988.

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, L. J.; DOMINGOS, T. R. E. **Cadernos de antropologia da educação,** Petrópolis: Vozes, 2005. 250 p.

FEUERWERKER, L. C. M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 18-24. Abr. 2000.

FEUERWERKER, L. C. M. Reflexões sobre as Experiências de Mudança na Formação de Profissionais de Saúde. **Olho Mágico (UEL),** Londrina, v. 10, n. 3, p. 21-26, Jan. 2003.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 234 p.

FONSECA, R. M. G. S. **Mulheres e enfermagem: uma construção genereficada do saber.** 1996. 250 f. Tese (Livre-docência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 38, n. 2, p. 143-151, Jun. 2004.

FRANCO, T.B.; *et al.* Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, Jan./Mar. 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança.** Um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1997. 245 p.

GALLEGUILLOS, T. G. B; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, Mar. 2001.

GERMANO, R. M. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 365-368, Jul./Ago. 2003.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GOMES, R.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção Social**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 105-116.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS / INEP. **Cadastro das Instituições de Educação Superior**. 2008. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso em 1 out. 2008.

KLETEMBERG, D. F. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica**. 2004. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

LAMPERT, J. B. Educação em Saúde no Brasil: para não perder o trem da história. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v.2, p. 81-88, Jun. 2006.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 161-168, Abr./Jun.1999.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EDU, 1986. 99 p.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; FRANCO, T. B. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E.; *et al.* **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-63.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 57, n. 5, p. 545-550, Set./Out. 2004.

MARTINS, C.; *et al.* Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-478, Jul./Set., 2006.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 7 ed. São Paulo: DIFEL, 1982. 579p.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** 1998. 205 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MATUMOTO, S.; *et al.* Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 9-24. Set./Fev. 2005.

MEDINA, N. V. J.; TAKASHI, R. T. A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 101-108, Dez. 2003.

MELLO, G. A.; *et al.* Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais. *Rev. de APS*, v.12, n.2, p.204-213, Abr./Jun. 2009.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec. 2002,189 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios.** In: Congresso Paulista de Saúde Pública, Anais, São Paulo, Associação Paulista de Saúde Pública, 2000. p.145-154.

MERHY E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, Abr./Jun., 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 185 p.

MINISTÉRIO Da SAÚDE / MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básicas. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, Jan/Mar., 2003.

MORAES, G. **Desenvolvimento de um modelo para o levantamento de necessidades de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos.** 2002, 130f. [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. Novos desafios educacionais para a formação em recursos humanos em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação da Saúde. Departamento da Gestão em Educação na Saúde. **Projeto piloto VER-SUS BRASIL: Vivência e estágios na realidade do sistema único de saúde do Brasil**. Brasília, 2004. p. 176-183.

NORONHA, R. Motivação no ensino e na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 70-75, Jan./Mar. 1985.

OGUISSO, T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. **Revista Técnica de Enfermagem Nursing**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 22-29. Jan. 2000.

OLINISKI, S. R; LACERDA, M. R. As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.9, n.2, p. 43-52, Jul./Dez. 2004.

OLIVEIRA, D. A. **Gestão democrática da educação: o principal embate da educação brasileira com a nova LDB**. Petrópolis: Vozes, 1997. 150 p.

PAIM, J. S. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. 447 p.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 336-343, Set. 2006.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, Set. 2007.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. In: Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família, 2000 nov. 9-11, São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000. p. 1-11.

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

PEREIRA, J. G. **Articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: em foco o distrito do Butantã**. 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PERRENOUD, P. Formar professores em contextos sociais em mudança: prática reflexiva e participação crítica. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n.12, v. 4, p. 5-21, Set./Dez., 1999.

PINHEL, I; KURCGANT, P. Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 711-716, Dez. 2007.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 331 p.

REIS, V. M. **Trabalho do enfermeiro no PSF e a vivência de situações de prazer e sofrimento no trabalho**. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO, E. **Concreticidade do vínculo do/no programa de Saúde da Família (PSF): desafio de médicos e enfermeiras em uma realidade de implementação do programa**. 2005. 287 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A. S. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p.

RUIZ, T.; *et al.* O internato rural do curso de graduação em nutrição da Universidade Federal de Viçosa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.19, n.6., p.566-569, Dez. 1985.

RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 109-112, Jan./Fev. 2008.

SANTANA, J.; CAMPOS, F.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**: Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1999. p. 109-123.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Health planning, management and evaluation: identifying problems. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, Out./Dez. 1999.

SCHRAIBER L. B; PEDUZZI, M. **Interdisciplinaridade e ação multiprofissional**: duas faces do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Anais do 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2000. Salvador, Bahia, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2004. 285 p.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, Nov./Dez., 2004.

SCHWARTZMAN, S.; CASTRO, C. M. Pesquisa universitária em questão. In: VELLOSO, J. (Org.). **Universidade pública, política, desempenho, perspectivas**. Campinas: Papyrus, 1991. p. 56-76.

SILVA, I. Z. O. J.; TRAD, L. A. B. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals, **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p. 25-38, Set. 2004 / Fev. 2005.

SILVEIRA, M. F. A; *et al.* Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 73-80, Jul./Dez. 2004.

SORDI, M. R. L.; BOGNATO, M. H. L. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 83-88, Abr. 1998.

STARFIELD, B. (Org.). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002. 180 p.

TAVARES, CMM. Integração Curricular no Curso de Graduação em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 401-404, Jul./Ago. 2003.

TEIXEIRA, E.; *et al.* Enfermagem. In: HADDAD, A. E.; *et al.* (Org.) **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p. 141-168.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 1994. 175p.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

TURCI, M. A. **Avanços e Desafios na organização da atenção da Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. 432p.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 521-544, Set. 2008.

VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. S. A equipe de enfermagem no mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, p. 63-70, Jan./Abr., 2001.

VIEIRA, M. J. **Imagem cultural e motivação na escolha da enfermagem**. Aracaju: EDUFS/ Fundação Oviêdo Teixeira, 2002. 50 p.

VILLA, E. A.; ARANHA, A. V. S. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do Programa de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 680-687, Out./Dez. 2009.

VILLA, T. C. S.; *et al.* A enfermagem nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M (Org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 27-60.

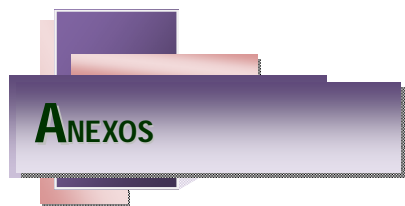
WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203 p.

WETTERICH, N. C.; MELO, M. R. A. C. Perfil sócio-demográfico do aluno do curso de graduação em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 404-410, Maio/Jun. 2007.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira da atenção primária: contribuição para a construção das funções essenciais de saúde pública**. 2005. 336. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO. **Nursing practice around the world**. Geneva: World Health Organization, 1997. 36 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman. 2001. 205 p.





ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 495/08

Interessado(a): Profa. Maria José Menezes Brito
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 18 de novembro de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**O processo de formação profissional do enfermeiro para atuar na atenção básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG



ANEXO B

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer 083.2008

Pesquisadora responsável: Doutora Maria José Menezes Brito

Outra pesquisadora: Livia Cozer Montenegro - Mestranda

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 18 de fevereiro de 2009, após solução de pendências, o projeto de pesquisa intitulado “**O Processo de Formação Profissional do Enfermeiro para atuar na Atenção Básica**” bem como seu Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.

Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP/SMSA/BH

Celeste de Souza Rodrigues - BM: 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH





APÊNDICE A

O processo de formação profissional do Enfermeiro para atuar na Atenção Básica

Identificação: _____	Sexo: ___F ___M
Idade: _____	Local de Trabalho: _____
Cargo Atual _____	Tempo no cargo atual: _____
Tempo de atuação na Atenção Básica: _____	

FASE 01

Ano que ingressou no curso de graduação em enfermagem: _____

Ano de conclusão do curso de graduação em enfermagem: _____

Universidade: ___ Pública ___ Privada.

Nome da Instituição de ensino: _____

Ao formar-se sentiu-se preparado para o mercado de trabalho? ___ sim ___ não

Depois de formado, quanto tempo demorou a conseguir um trabalho na área da enfermagem? Especifique a área.

FASE 02

Realizou ou está realizando algum tipo de especialização/ pós-graduação?

___ sim ___ não

Se "sim", área do conhecimento: _____

Ano de conclusão: _____ Tema do Trabalho final: _____

Universidade: ___ Pública ___ Privada.

Nome da Instituição de ensino: _____

FASE 03

Número de empregos atualmente: _____ Áreas de atuação: _____

Jornada de trabalho: _____ Cargo ocupado em outra instituição _____

Questionário nº _____



APÊNDICE B

O processo de formação profissional do Enfermeiro para atuar na Atenção Básica

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- 1- Relate sobre sua experiência na Atenção Básica
- 2- Como você avalia seu processo de formação profissional durante a graduação para atuar na Atenção Básica?
- 3- Relate sobre as facilidades que você teve no seu processo de formação profissional durante a graduação para a atuação na Atenção Básica.
- 4- Relate sobre as dificuldades que você teve no seu processo de formação profissional durante a graduação para a atuação na Atenção Básica.
- 5- Você se sentia preparado para atuar na Atenção Básica após concluir seu curso de graduação em enfermagem?
- 6- Como você defini o perfil para o enfermeiro que quer atuar na Atenção Básica.
- 7- Trace as competências e habilidades necessárias para atuar na Atenção Básica.

ENTREVISTADOR _____ DATA: _____

NÚMERO DA ENTREVISTA: _____



APÊNDICE C



TERMO CONSENTIMENTO

Venho por meio deste convidá-lo para participar da pesquisa intitulada “**O processo de formação profissional do enfermeiro para atuar na atenção básica**”, desenvolvida pelas Pesquisadoras Doutora Maria José Menezes Brito e Livia Cozer Montenegro do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A referida pesquisa tem como objetivo geral conhecer a percepção do enfermeiro com relação ao seu processo de formação profissional para atuar na Atenção Básica. Como objetivos específicos, desejamos conhecer o perfil profissional do enfermeiro que atua na Atenção Básica, Levantar os aspectos facilitadores e dificultadores percebidos em seu processo de formação para atuar na Atenção Básica e por último Identificar as habilidades e competências adquiridas na formação frente às demandas que vivenciam no cotidiano profissional na Atenção Básica. A pesquisa será realizada por meio de entrevistas semi estruturadas com Enfermeiros de ambos os sexos que atuam a mais de um ano na Atenção Básica dos Centros de Saúde da cidade de Belo Horizonte conveniados com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais por meio do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). As entrevistas serão gravadas e o participante possui liberdade para recusar sua participação no estudo em qualquer momento da pesquisa.

Certificamos que não haverá riscos, nem desconfortos, nem gastos de qualquer natureza. Você poderá solicitar qualquer esclarecimento quando sentir necessidade e poderá interromper sua participação em qualquer momento, sem ônus, de qualquer natureza. Asseguramos que o que for dito, registrado e escrito será respeitosamente utilizado, e serão mantidos o sigilo e anonimato das informações aqui contidas. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Profª Drª. Maria José Menezes Brito

Livia Cozer Montenegro

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, autorizo o registro das informações fornecidas por mim, através de questionário, para serem utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data na pesquisa intitulada “**O processo de formação do enfermeiro para atuar na atenção básica**”. Seu controle e guarda ficará em poder de Maria José Menezes Brito, professora da Escola de Enfermagem da UFMG e coordenadora deste projeto de pesquisa.

Belo Horizonte, ___/___/___

Assinatura: _____

Telefone dos pesquisadores:

Livia Cozer Montenegro - fone (31) 93431371.

Maria José Menezes Brito – Colegiado de Graduação EE-UFMG fone: 3409 9880.

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG – 3409-4592. Av. Pres. Antonio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar

- sala 2005. Cep: 31270-901 Belo Horizonte, MG. Comitê de Ética e Pesquisa da SMS-PBH, fone: 32775309 Avenida

Afonso Pena, 2336 – 9º andar, Bairro Funcionários – Belo Horizonte, MG. Cep: 30130007