UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO

ISABEL CRISTINA FLOREZ ESCOBAR

SABERES E PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - BRASIL E COLÔMBIA

FEIRA DE SANTANA-BA
2021

ISABEL CRISTINA FLOREZ ESCOBAR

SABERES E PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - BRASIL E COLÔMBIA

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado Acadêmico) da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angela Alves do Nascimento

Feira de Santana – BA
2021

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Escobar, Isabel Cristina Florez Escobar
E73s Saberes e práticas da Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica de Saúde no contexto dos cursos de graduação em Enfermagem-Brasil e Colômbia. / Isabel Cristina Florez Escobar. – 2021.
411 f.; il.

.

Orientadora: Maria Ângela Alves do Nascimento
Co-orientador: José Ivo Oscar Contreras Briceño
Tese (doutorado acadêmico) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa, de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, 2021.

1.Atenção Primária à Saúde. 2.Atenção Básica de Saúde. 3.Enfermagem – Práticas. I.Nascimento, Maria Ângela Alves do, orient. II. Briceño, José Ivo Oscar Contreras, co-orient. III.Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 616-083:37

Maria de Fátima de Jesus Moreira - Bibliotecária - CRB-5/1120

ISABEL CRISTINA FLOREZ ESCOBAR

SABERES E PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - BRASIL E COLÔMBIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana /BA, como requisito para obtenção de grau de Doutor, na área concentração de "Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde".

Feira de Santana-BA, 30 de julho de 2021.

BANCA EXAMINADORA
Titulares

Profª Drª Maria Ângela Alves do Nascimento (Orientadora)
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/Brasil)

Prof Dr José Ivo Oscar Contreras Briceño (Co-orientador)
Universidad Católica de Cuenca, Extensión Cañar. (UCACUE/Equador)

Profª Drª Maria Hilda Cárdenas de Fernández
Universidad NorbertWiener (UPNW/Peru)

Profª Drª Alejandra Fuentes Ramírez
Universidad de la Sabana (UNISABANA/Colombia)

Prof.ª Drª Maria Helena da Rocha Besnosik
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/DEDU/Brasil)

Profª Drª Juliana Alves Leite Leal
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/Brasil)

Suplentes

Profª Drª Marluce Maria Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/ DSAU/Brasil)

Prof Dr Eurelino Teixeira Coelho Neto
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/DCHF/Brasil)

DEDICATÓRIA

A Dios por permitirme tener vida, salud y otorgarme la sabiduría y fortaleza para alcanzar este triunfo.

A mis padres, Sonia y Hernán, porque han sido siempre mi inspiración, a través de su amor, apoyo, comprensión y educación me enseñaron que con el trabajo y la perseverancia se encuentra el éxito profesional.

A mi orientadora María Angela Alves do Nascimento por la sabiduría, experiencia, disponibilidad y por la amistad acogedora en Feira de Santana. Sin su colaboración confianza y persistencia no hubiera sido posible la conclusión de esta tesis de Doctorado.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

A mis padres, por confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por ser ejemplo de temple y determinación en la vida, gracias a mi padre por anhelar para mí siempre lo mejor, gracias por cada consejo que siempre han guiado mi camino.

A mi co-orientador José Ivo Contreras, por la amistad y la oportunidad de ser siempre su alumna, aprender de él y direccionar mis conocimientos.

A mi querido Claudio, por estar a mi lado, por el incentivo a ser mejor cada día, por la comprensión y el apoyo en los momentos más difíciles.

A Mariana de Oliveira Araújo compañera de doctorado, por brindarme su apoyo y amistad desde el primer momento y durante todo el desarrollo de esta investigación.

A Diana María Dueñas y Clara Inés Carreño por motivarme, nunca dudar de mí y por haberse mantenido siempre dispuestas a ayudarme.

A Francia y Wendy mis primas, porque la familia será siempre un pilar importante en cada paso de nuestras vidas.

A la Coordinación de Perfeccionamiento de Personas de Nivel Profesional (CAPES), agradezco por los recursos invertidos en mi educación y la oportunidad de finalizar el curso de Doctorado.

A la UEFS, por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecer mi conocimiento.

A todas las autoridades y personal de la Escuela de Enfermería de la UPTC, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar esta investigación.

A NUPISC por integrarme al núcleo investigación, compartir conocimientos y facilitar los recursos humanos y materiales que hicieron posible la culminación de este proyecto.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal compreender a construção dos saberes e práticas da APS/ABS no contexto dos cursos de graduação em Enfermagem em duas Instituições de Ensino Superior públicas, uma no Brasil e outra na Colômbia. No referencial teórico discutimos a formação da enfermeira (saberes e práticas) no decorrer do processo ensino-aprendizagem, a Atenção Primária em Saúde e o Trabalho de Enfermagem na formação da enfermeira. Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem exploratória, numa perspectiva crítica, tendo como cenário a Universidade Estadual de Feira de Santana no Brasil e a Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia em Colômbia. Os participantes do estudo foram constituídos de quatro grupos: gestores (Grupo I), docentes (Grupo II), discentes (Grupo III) e informantes chave (Grupo IV), totalizando 36 participantes. Usamos as seguintes técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada, observação sistemática e análise de documentos; a análise de dados foi por médio do método de análise de conteúdo. A partir do confronto dos dados surgiram quatro categorias: CATEGORIA 1: SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE/ ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: visões acadêmicas em Enfermagem/Saúde; CATEGORIA 2: ENTENDIMENTO DOS DISCENTES E DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE A APS/ABS NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM BRASIL/COLÔMBIA: concepções, intervenções e perspectivas; CATEGORIA 3: SABERES E PRÁTICAS NO CONTEXTO DA APS/ABS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NAS IES PÚBLICAS: do imaginário à realidade; CATEGORIA 4: PRÁTICAS DE ENFERMAGEM/SAÚDE NA APS/ABS: o pensar e o fazer dos discentes de Enfermagem, e CATEGORIA 5: ARTICULAÇÃO E INTERAÇÃO ACADEMIA-SERVIÇO-COMUNIDADE: uma construção coletiva da APS/ABS nos Cursos de Graduação em Enfermagem. Os resultados explicitam que os sentidos/ significados da APS/ABS, convergem com a porta de entrada da população ao sistema de saúde no primeiro nível de atenção. Os participantes do estudo compreendem o Curso de Graduação como um sistema organizado para a abordagem do cuidado no âmbito da APS/ABS, com a articulação dos componentes curriculares segundo os ciclos de vida, possibilitando a formação e o agir profissional. A construção de saberes e práticas se fundamentam na concepção da Atenção Primária à Saúde, e se sistematiza a partir dos componentes curriculares, favorecendo uma troca de saberes populares em saúde, apesar de ainda haver uma hegemonia do modelo do ensino valorizado na clínica. As atividades práticas dos componentes curriculares são desenvolvidas mediante a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A articulação academia-serviço-comunidade e sua consequente interação entre os sujeitos docentes/discentes, trabalhadores de saúde, é "aparentemente positiva" fomentada desde a Universidade, mediante uma construção histórica e representada pelo respeito, compromisso e ética. O ensino da APS no contexto dos Cursos de Graduação em Enfermagem, nos cenários estudados, apesar dos avanços dos componentes curriculares correspondentes ao seu enfoque, como um todo, ou seja, na sua integralidade, há uma dicotomia entre saberes e práticas versus o modelo centrado na queixa-conduta, ou seja, fortemente voltado à doença.

PALAVRAS-CHAVE: Saberes, Práticas; Enfermagem; Atenção Primaria à Saúde; Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

The main objective of this study was to understand the construction of Primary Health Care knowledge and practices in the context of undergraduate nursing courses in two public Higher Education Institutions, first one in Brazil and the other one in Colombia. On the theoretical framework we discuss the nurse's training (knowledge and practices) during the teaching-learning process, Primary Health Care and nursing work in the nurse's training. This is a qualitative study, of exploratory approach, in a critical perspective, having as scenario the *Universidade Estadual de Feira de Santana* in Brazil and the *Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia* in Colombia. The study participants consisted of four groups: managers (Group I), teachers (Group II), students (Group III) and informants (Group IV), sample size was 36 participants. We used the following data collection techniques: semi-structured interview, systematic observation and document analysis; data analysis was prformed by content analysis method. From the comparison of the data, four categories emerged: 1st CATEGORY: SENSES AND SIGNIFICANCE OF PRIMARY HEALTH CARE: academic visions in Nursing/Health; 2Nd CATEGORY: NURSING STUDENTS AND TEACHERS UNDERSTANDING ABOUT PRIMARY HEALTH CARE ON THE NURSING GRADUATION COURSE BRAZIL/COLOMBIA: conceptions, interventions and perspectives; 3RD CATEGORY: KNOWLEDGE AND PRACTICES IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE IN NURSING UNDERGRADUATE IN PUBLIC HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS: from the imaginary to reality; 4TH CATEGORY 4: NURSING/HEALTH PRACTICES IN PRIMARY HEALTH CARE : the nursing students thinking and acting, and 5TH CATEGORY: ARTICULATION AND INTERACTION ACADEMY-SERVICE-COMMUNITY: a collective construction of Primary Health Care in Undergraduate Nursing Courses. The results show that the senses / meanings of Primary Health Care converge with the entrance door of the population to the health system at the first level of care. The participants of the study understand the Undergraduate Course as an organized system to approach care in the scope of Primary Health Car, with the articulation of curricular components according to life cycles, enabling training and professional action. The construction of knowledge and practices are based on the concept of Primary Health Care, and is systematized from the curricular components, favoring an exchange of popular knowledge in health, although there is still a hegemony of the teaching model valued in the clinic. The practical activities of the curricular components are developed through the nursing process. The articulation academia-service-community and its consequent interaction between the subjects teachers/students, health workers, is "apparently positive" fostered since the University, through a historical construction and represented by respect, commitment and ethics. The teaching of Primary Health Care in the context of undergraduate nursing courses, in the scenarios studied, despite the advances of the curricular components corresponding to its focus, as a whole, that is, in its integrality, there is a dichotomy between knowledge and practice versus the model centered on the complaint-conduct, that is, strongly focused on the disease.

KEY WORDS: Knowledge, Practice; Nursing; Primary Health Care

RESUMEN

El objetivo principal del estudio fue comprender la construcción de saberes y prácticas de la APS/ABS en el contexto de los cursos de pregrado de Enfermería en dos Instituciones Públicas de Educación Superior, una en Brasil y otra en Colombia. En el marco teórico, discutimos la formación de la enfermera (saberes y prácticas) durante el proceso de enseñanza-aprendizaje, la Atención Primaria de Salud y el Trabajo de Enfermería en la formación de la enfermera. Se trata de un estudio cualitativo, con enfoque exploratorio, desde una perspectiva crítica, teniendo como escenario la Universidade Estadual de Feira de Santana en Brasil y la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia en Colombia. Los participantes fueron organizados en cuatro grupos: directivos (Grupo I), docentes (Grupo II), estudiantes (Grupo III) e informantes clave (Grupo IV), totalizando 36 participantes. Para la recolección de información se utilizó la entrevista semiestructurada, observación sistemática y análisis documental; los datos se analizaron mediante el método de análisis de contenido. A partir de la comparación de los datos, surgieron cuatro categorías: CATEGORÍA 1: SENTIDOS Y SIGNIFICADO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD/ ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD: visiones académicas en Enfermería/Salud; CATEGORÍA 2: COMPRENSIÓN DE LOS ESTUDIANTES Y DOCENTES DE ENFERMERÍA SOBRE LA APS/ABS EN EL CURSO DE PREGRADO DE ENFERMERÍA BRASIL/COLOMBIA: concepciones, intervenciones y perspectivas; CATEGORÍA 3: SABERES Y PRÁCTICAS EN EL CONTEXTO DE LA APS/ABS EN LOS CURSOS DE PREGRADO DE ENFERMERÍA EN LAS IES PÚBLICAS: del imaginario a la realidad; CATEGORÍA 4: PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA/SALUD EN LA APS/ABS: el pensar y el hacer de los estudiantes de Enfermería, y CATEGORÍA 5: ARTICULACIÓN E INTERACCIÓN ACADEMIA-SERVICIO-COMUNIDAD: una construcción colectiva de APS/ABS en los cursos de pregrado de Enfermería. Los resultados explican que los sentidos/significados de la APS/ABS convergen con la puerta de entrada de la población al sistema sanitario en el primer nivel de atención. Los participantes del estudio entienden el curso de pregrado como un sistema organizado para el abordaje del cuidado dentro de la APS/ABS, con la articulación de los componentes curriculares de acuerdo con los ciclos de vida, posibilitando la formación y la acción profesional. La construcción de saberes y prácticas se basa en el concepto de Atención Primaria de Salud, y se sistematiza desde los componentes curriculares, favoreciendo un intercambio de saberes populares en salud, aunque todavía existe una hegemonía del modelo de enseñanza valorado en la clínica. Las actividades prácticas de los componentes curriculares se desarrollan a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). La articulación academia-servicio-comunidad y su consecuente interacción entre docentes/estudiantes, trabajadores de la salud, es "aparentemente positiva" fomentada desde la Universidad, a través de una construcción histórica y representada por el respeto, el compromiso y la ética. La enseñanza de la APS en el contexto de los cursos de pregrado de Enfermería, en los escenarios estudiados, a pesar de los avances de los componentes curriculares correspondientes a su enfoque, en su conjunto, es decir, en su integralidad, existe una dicotomía entre el saber y la práctica frente al modelo centrado en la queja-conducta, o sea, fuertemente centrado en la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Saberes; Prácticas; Enfermería; Atención Primaria de Salud; Atención Básica de Salud.

LISTA DE SIGLAS

ACOFAEN	Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
API	Associação de Proteção à Infância
AFAS	Associação Feirense de Assistência Social
ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primaria à Saúde
AC	Atividade Complementar
CH	Carga Horária
CAE	Centro de Atenção Especializada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRDS	Centro Regional de Dermatologia Sanitária
CSU	Centro Social Urbano
CPE	Comissão de Planejamento Estadual
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana
CCO	Componente Curricular Obrigatório
CCO	Componente Curricular Optativo
CONSEPE	Conselho Ensino Pesquisa
CNE	Conselho Nacional de Educação
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
CP	Construções e Planejamento
UNIREMINGTON	Corporación Universitaria Remington
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESSE	Empresa Social Del Estado
EPA	Enfermeras con Práctica Avanzada
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ECS	Estágio Curricular Supervisionado
ES	Estágio Supervisionado
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAT	Faculdade Anisio Teixeira
FAFS	Faculdade Arquidiocesana de Feira de Santana
UNEF	Faculdade de Ensino Superior da Cidade de Feira de Santana
FTC	Faculdade de Tecnologia e Ciência
FAN	Faculdade Nobre
UNIRB	Faculdade Pitágoras e a Faculdade Regional da Bahia

UNIRB	Faculdade Regional da Bahia
FUFS	Faculdade Unidas de Feira de Santana
UNIASSELVI	Fundação da Instituição Educacional Leonardo da Vinci
JDC	Fundación Universitaria Juan de Castellanos
GCUB	Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras
IES	Instituição de Ensino Superior
ICFES	Instituto Colombiano de Fomento de la Educación Superior
IFBA	Instituto Federal da Bahia
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LABENF	Laboratório de Enfermagem
ML	Marco Lógico
MML	Matriz de Marco Lógico
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Panamericana da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OEA	Organización de los Estados Americanos
ONG	Organización
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PDEB	Plano de Desenvolvimento do Estado da Bahia
PIECB	Plano Integral de Educação e Cultura da Bahia
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PAE	Processo de Atenção de Enfermagem
PCs	Produções Científicas
PIB	Produtos Internos Brutos
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAEC	Programa de Alianza para la Educación y la Capacitación
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PPPs	Projetos Políticos Pedagógicos
PS	Promoción de la Salud
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEE	Secretaria Estadual de Educação
STBN	Seminário Teológico Batista do Nordeste
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESU	Serviço de Saúde Universitário

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SGSSS	Sistema Geral de Segurança Social em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
TIC	Tecnologías de la Informática y de la Comunicación
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
UAN	Universidad Antonio Nariño
UdB	Universidad de Boyacá
ULA	Universidad de los Andes
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UNAD	Universidad Nacional Abierta y a Distancia
UNAL	Universidad Nacional de Colombia
UNOPAR	Universidade Norte do Paraná
UPTC	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
UNISA	Universidade Santo Amaro
USTA	Universidad Santo Tomás
UATI	Universidade Aberta à Terceira Idade
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
UFBA	Universidade Federal de Bahia
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFACS	Universidade Salvador
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Estructura de la Matriz del Marco Lógico	23
QUADRO 2	Distribuição das produções científicas publicadas entre janeiro de 2008 a junho de 2018 sobre a formação da Enfermeira na APS. Feira de Santana/UEFS, mar a jun., 2018	35
QUADRO 3	Contenidos Comunes y Diferentes para la Enseñanza de la APS en Enfermería	88
QUADRO 4	Matriz Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS	126
QUADRO 5	Carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem/UEFS proposta	130
QUADRO 6	Distribuição dos Componentes Curriculares Optativos para o Curso de Graduação em Enfermagem/UEFS	131
QUADRO 7	Áreas de Conhecimento do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana	134
QUADRO 8	Plano de Estudo da Escola de Enfermagem da Universidade Pedagógica y Tecnológica de Colômbia	141
QUADRO 9	Áreas de Conhecimento da Escola de Enfermagem da Universidade Pedagógica y Tecnológica de Colômbia	142
QUADRO 10	Caracterização dos participantes da pesquisa – Gestores (Grupo I)	146
QUADRO 11	Caracterização dos participantes da pesquisa – Docentes (Grupo II)	148
QUADRO 12	Caracterização dos participantes da pesquisa – Discentes (Grupo III)	152
QUADRO 13	Caracterização dos participantes da pesquisa – Informantes Chave (Grupo IV)	154
QUADRO 14	Riscos e benefícios do estudo	165

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Fases da análise de conteúdo. 164

SUMÁRIO

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: contextualização da teoria e prática .. 18

2 REFERENCIAL TEÓRICO 41

2.1 Formação da enfermeira (saberes e práticas) no decorrer do processo ensino-aprendizagem, levando-se em consideração os seguintes aspectos: 41

Origem da Enfermagem no mundo como profissão 44

A Enfermagem na Colômbia. Análises Sócio histórico 74

Políticas de Educação e Saúde para a Formação da Enfermeira e sua Articulação com as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem na Colômbia 78

2.2 Atenção Primária em Saúde e o Trabalho de Enfermagem na formação da enfermeira... 92

3 CAMINHO METODOLÓGICO 112

3.1 Natureza e tipo de estudo 112

3.2 Campos do estudo 114

3.2.1 Cenários propriamente ditos do estudo 118

Universidade Estadual de Feira de Santana 119

Curso de Graduação em Enfermagem 123

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia 135

Programa de Enfermería 136

Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS 144

Curso de Graduação em Enfermagem da UPTC 145

3.3 Participantes do estudo 145

Componentes curriculares cursados 151

3.4 Técnicas e instrumentos de coleta 155

3.5 Método de análise de dados 160

3.6 Considerações éticas e legais da pesquisa 164

4 *SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE:* visões acadêmicas em Enfermagem/Saúde 166

5 *ENTENDIMENTO DOS DISCENTES E DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE A APS/ABS NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM BRASIL/COLÔMBIA*: concepções, intervenções e perspectivas 184

6 *SABERES E PRÁTICAS NO CONTEXTO DA APS/ABS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NAS IES PÚBLICAS:* do imaginário à realidade 209

Conteúdos Teóricos e Práticos da APS/ABS 260

Objeto de Trabalho da APS/ABS 270

Cenários do processo ensino aprendizagem na APS/ABS 274

Estratégias/metodologias na APS/ABS 280

Processo de Avaliação 284

7 *PRÁTICAS DE ENFERMAGEM/SAÚDE NA APS/ABS*: o pensar e o fazer dos discentes de Enfermagem 290

-Acompanhamento do processo de trabalho da enfermeira na UBS/USF pelo discente/UEFS 303

-Atividade de Educação em Saúde 304

-Prática Gerencial: uma ação ‘invisível? 307

- Consulta de Enfermagem 307

-Visita Domiciliária (VD) 309

8 *ARTICULAÇÃO E INTERAÇÃO ACADEMIA-SERVIÇO-COMUNIDADE*: uma construção coletiva da APS/ABS nos Cursos de Graduação em Enfermagem 323

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS 361

REFERÊNCIAS 365

APÊNDICES 402

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 403

Participantes: GESTORES (Grupo 1) e INFORMANTES CHAVE (Grupo 4) 403

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 405

Participantes: DOCENTES (Grupo 2) 405

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 407

Participantes: DISCENTES (Grupo 3) 407

APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA: SERVIÇOS DE SAÚDE, CENÁRIOS DE PRÁTICAS, ESTÁGIOS E SALAS DE AULA 409

APÊNDICE E: “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO”. 410

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: contextualização da teoria e prática

Em 2000 iniciamos o curso de graduação em Enfermagem na Escuela de Enfermería de la Universidad de los Andes, em Mérida-Venezuela, com a convicção idealizada de cuidar das pessoas no seu processo de adoecimento, já que naquele momento tínhamos o entendimento reducionista que esse cuidar do corpo doente era o exclusivo trabalho de uma enfermeira[1]. Posteriormente, nos primeiros semestres do curso, começamos a perceber que a enfermeira precisava estar preparada para atuar em instituições de saúde nas áreas Assistencial, Gerencial, Ensino e Pesquisa.

Esse entendimento do nosso imaginário social sobre a prática da enfermeira foi reforçado, a partir do início do século XX com o Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal, citado por Pagliosa e Ros (2008). O Relatório propõe a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico e, consequentemente, seguido pelos demais cursos de graduação da saúde, em destaque o curso de graduação em Enfermagem, cujas características apresentam enfoque no ciclo clínico, em particular no cenário hospitalar, pois ali se entendia e encontrava o local privilegiado para estudar as doenças, reforçado nas palavras do próprio Flexner "O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta" (PAGLIOSA; ROS, 2008, p. 496).

Como vemos, historicamente, desde aquele momento, a doença é considerada um processo natural, biológico, e coletivo, com o sujeito individual e/ou a comunidade descontextualizados para o ensino médico e dos demais cursos da área da saúde ao desconsiderar o processo de saúde-doença, fortalecendo os hospitais como a principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX.

Ademais, ficou explícito que cabe às Instituições de Ensino Superior (IES) e de ensino médio da saúde a formação prática de laboratório nas áreas básicas (Anatomia, Fisiologia, Patologia) e a parte teórica das especialidades, concebida e considerada como uma posição assumidamente cartesiana, como único conhecimento seguro o científico, mediante a

[1] A opção pelo uso da terminologia **enfermeira** neste estudo se justifica, sociologicamente, devido ser uma categoria profissional majoritariamente exercida por mulheres.

observação e a experimentação, desconsiderando o sujeito/usuário (individual ou coletivo) da realidade do seu processo saúde-doença.

Entretanto, no decorrer do curso, ao iniciamos a prática da Enfermagem Comunitária, disciplina inserida na matriz curricular nos 6º e 10º semestres, afloraram-nos reflexões e inquietações com outras perspectivas sobre a prática da enfermeira, ampliando o nosso conhecimento sobre a Promoção da Saúde, Educação para a Saúde, Prevenção da Doença, Atenção Primária à Saúde (APS), Epidemiologia Social e Saúde Pública.

Essa primeira experiência, marcante como graduanda do curso de Enfermagem fora dos centros hospitalares, despertou-nos o interesse sobre a prática da enfermeira, tornando um desafio à sensibilização de uma nova forma de construção de saberes e práticas concebidas até então numa abordagem massivamente biológica imposta nos primeiros anos de preparação acadêmica, para outra abordagem numa abrangência aos determinantes sociais, tendo agora como objeto de estudo família, comunidades, grupos de risco e grupos de contenção positiva, denominados na Venezuela como organizações não formais de qualquer tipo, que conduzem outros grupos sociais maiores a procurarem alternativas para reduzir os problemas do ciclo de vida próprio, com o incentivo ao desenvolvimento humano.

Diante desse ‘novo olhar’ sobre a Enfermagem, começamos a entender que a saúde comunitária defende uma forma de promover a saúde e prevenir a doença nas pessoas, uma oportunidade de maior visibilidade e valorização do trabalho da enfermeira como protagonista para o exercício das diversas ações de saúde voltadas ao benefício da comunidade, especialmente na APS.

Essa experiência acadêmica com a APS teve um impacto no processo ensino-aprendizagem diante do desenvolvimento de ações da promoção da saúde, prevenção de doenças e criação de comportamentos saudáveis, mediante o ‘novo’ processo de trabalho como discente de Enfermagem e futura enfermeira, inclusive com o estabelecimento de uma comunicação direta e assertiva com o indivíduo, família e comunidade.

No contexto teórico-prático da Enfermagem Comunitária, a abordagem proposta era direcionada ao indivíduo e à família, ressaltando-se como destaque a Visita Domiciliar (VD), com ampliação às atividades sociais e de saúde no domicílio, para avaliar e acompanhar o estado de saúde, prestar cuidados em caso de doença e aumentar a autonomia das famílias e dos indivíduos.

Mas, na realidade, experenciamos que na prática a VD continuava com ações visivelmente dirigidas à Epidemiologia, tendo a/o discente de Enfermagem que desenvolver atividades como a identificação de pessoas doentes na comunidade para prestar cuidados e dos indicadores de saúde. Contraditoriamente, a concretude de uma prática de saúde comunitária reducionista à APS, uma vez que ainda estava focada na doença, sem valorizar a promoção da saúde do sujeito individual e coletivo, ou seja, família e grupos da comunidade, inclusive os seus determinantes sociais.

Outrossim, o destaque aqui sobre a visita domiciliar, foi devido ser uma das atividades estratégicas da APS, com possibilidade de gerar vínculo, além de acreditarmos que poderia contribuir para o empoderamento educacional e o desenvolvimento das familias para manutenção da qualidade de vida.

No entanto, as atividades de APS desenvolvidas naquele momento na Enfermagem Comunitária, limitaram-se à orientação ao "doente" e à sua família sobre como cuidar de seu adoecimento e evitar complicações, esquecendo-se da abordagem ampliada no processo saúde-doença com a finalidade de promover a saúde, prevenir a ocorrência de enfermidade e prolongar a vida.

Contudo, temos a compreensão que há momentos que a prioridade é a cura daquela doença. Segundo o documento *"*La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Organización Panamericana de la Salud" (OPS, 2007a) ainda persistem desafios consideráveis para implementar a estratégia da APS, já que doenças infecciosas como a tuberculose, continuam um problema de saúde pública, assim como a infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é uma ameaça contínua em quase todos os países da região, além do aumento da incidência e/ou prevalência.

Por conseguinte, uma realidade desafiante a ser enfrentada pelos cursos de graduação em Enfermagem na condução da APS, sendo necessária uma mudança de paradigma na visão da academia-serviço-comunidade, particularmente nas instituições formadoras de ensino (docente-discente), uma vez que ainda persiste uma valorização da técnica, cura, e atividades mecanicistas, características hegemônicas do modelo flexneriano, na sua maioria nos sistemas de saúde de cada país, região ou localidade.

Todavia, a respeito dos desafios do Estado sobre a APS para responder às necessidades da população, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou o documento "La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca" (OMS, 2008), que explicita que a globalização

afeta a coesão social de muitos países, e não há dúvida de que os sistemas de saúde, elementos fundamentais da estrutura das sociedades contemporâneas não estão funcionando tão bem quanto poderiam e deveriam. As pessoas estão cada vez mais insatisfeitas não somente com a incapacidade dos serviços de saúde de fornecer um nível de cobertura nacional que atenda a demanda e as novas necessidades, além dos serviços prestados, muitas vezes, não corresponderem às suas expectativas.

Em 2006, ano em que nos graduamos, tivemos a primeira experiência profissional como enfermeira no Ambulatorio Urbano III El Llano, do Distrito Sanitario Mérida/ Venezuela, um centro de cuidados cujo principal núcleo é a APS, onde são desenvolvidas atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e restauração à saúde. Nesse contexto, tivemos a oportunidade de coordenar as ações do Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), desenvolvendo campanhas de vacinação intramuros e extramuros, sustentadas na Saúde Pública.

Porém, mais uma vez a realidade traduzida continuava com uma prática mecanicista voltada à aplicação, controle e registro de vacinas, ficando invisíveis as ações da APS, as quais permitem implementar estratégias que sustentam os objetivos do programa de vacinação, já que a atenção à saúde precisa chegar o mais perto possível para o lugar onde as pessoas residem e trabalham.

Uma situação em que começamos até a questionar o desempenho dos sistemas de saúde dos países subdesenvolvidos que adotaram exclusivamente uma cultura curativa na atenção à doença e esqueceram as estratégias abrangentes sobre as ações do processo saúde-doença com proposta de promoção da saúde.

No ano 2008, concomitante a nossa atuação como enfermeira no Ambulatorio Urbano III El Llano, trabalhamos também como docente na Universidad de los Andes (ULA), e tivemos a oportunidade de fazer o Curso Médio de Salud Pública de la Faculdad de Medicina da ULA /Venezuela, um curso de pós-graduação para profissionais universitários da área da saúde. Durante esse curso de seis (6) meses, juntamente com uma equipe interdisciplinar e multidisciplinar de saúde, realizamos o processo de formação em cenários do sistema de saúde e da comunidade como laboratórios de trabalho, com sua estruturação sócio demográfica, epidemiológica, assistencial e administrativa, de acordo com a metodologia da problematização do processo saúde-doença com a detecção e hierarquização, a partir de intervenções resolutivas e participação social massiva da população.

Tal experiência nos posibilitou conhecer a situação de saúde de alguns Municípios do Estado de Mérida e, a partir da identificação dos problemas de saúde definidos como prioritários pela comunidade, elaboramos um projeto baseado na Metodología del Marco Lógico (ML).

Segundo o Manual para el Diseño de Proyectos de Salud (OPS, 2006, p. 1) o Marco Lógico é uma metodologia que permite, a partir de uma necessidade ou problema identificado, projetar uma "intervençãocomo um projeto, programa ou plano, com o objetivo de facilitar sua implementação, monitoramento e avaliação".

Esse ML disponibiliza um conjunto de orientações e instrumentos que venham facilitar gerir todos os momentos de uma intervenção no campo da Saúde Pública, além de possibilitar o entendimento da origem do significado de qualquer intervenção nessa área cujo objetivo é transformar uma situação-problema em outra desejada, ou superada, apresentada, resumidamente, no quadro 1, a Estructura de la Matriz del Marco Lógico (MML) com resumen narrativo de objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos, sendo acompanhados dos seguintes aspectos: fin, propósito, resultados y actividades.

Quadro 1 Estructura de la Matriz del Marco Lógico

RESUMEN NARRATIVODE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN El fin es una definición de cómo el proyecto contribuirá a la solución del problema central.	Los indicadores al nivel de Fin miden el impacto general que tendrá el proyecto. Son específicos en términos de cantidad, calidad y tiempo (grupo social y lugar, si es relevante).	Los medios de verificación son las fuentes de información que se pueden utilizar para verificar que los objetivos se lograron. Pueden incluir material publicado, inspección visual, encuestas por muestreo, etc.	Los supuestos indican los acontecimientos, las condiciones o las decisiones importantes necesarias para la «sustentabilidad» de los beneficios generados por el proyecto.
PROPÓSITO El propósito es el impacto directo a ser logrado como resultado de la utilización de los resultados producidos por el proyecto. Identifica el impacto o beneficio que se desea lograr.	Los indicadores al nivel de propósito describen el impacto logrado al final del proyecto. Deben incluir metas que reflejen la situación al finalizar el proyecto. Cada indicador específica cantidad, calidad y tiempo de los resultados por alcanzar.	Los medios de verificación son las fuentes que el ejecutor y el evaluador pueden consultar para ver si los objetivos se están logrando. Pueden incluir Material publicado, inspección visual, encuestas por muestreo, etc.	Los supuestos indican los acontecimientos, las condiciones o las decisiones que tienen que ocurrir para que el proyecto contribuya significativamente al logro del fin.
RESULTADOS Los resultados son los bienes y servicios que debe producir el equipo de gestión del proyecto de acuerdo con el contrato. Estos deben expresarse en trabajo terminado (sistemas instalados, gente capacitada, etc.).	Los indicadores de los resultados son descripciones breves, pero claras de cada uno de los resultados que tienen que terminarse durante la ejecución. Cada uno debe especificar cantidad, calidad y oportunidad de las obras, servicios, etc., que deberán entregarse.	Este casillero indica dónde el evaluador puede encontrar las fuentes de información para verificar que los resultados que han sido contratados han sido producidos. Las fuentes pueden incluir inspección del sitio, informes del auditor, etc.	Los supuestos son los acontecimientos, las condiciones o las decisiones que tienen que ocurrir para que los resultados del proyecto alcancen el Propósito para el cual se llevaron a cabo.
ACTIVIDADES Las actividades refieren a aquello que hay que hacer para completar cada uno de los resultados del proyecto y que implican costos. Se hace una lista de actividades en orden cronológico para cada componente.	Este casillero contiene el presupuesto necesario para realizar las actividades de cada resultado que debe ser producido por el proyecto.	Este casillero indica donde un evaluador puede obtener información para verificar si el presupuesto se gastó como estaba planeado. Normalmente constituye el registro contable de la unidad ejecutora.	Los supuestos son los acontecimientos, condiciones o decisiones (fuera del control del gerente de proyecto) que tienen que suceder para completar los resultados del proyecto.

Fonte: Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Diseño de Proyectos de Salud. 2006.

O quadro 1, MML, nos permitiu acompanhar os objetivos de um projeto em todos os níveis e as relações dos meios - fins que são estabelecidos entre eles. Ademais, a

inclusão dos elementos para a gestão do projeto, envolvendo aqueles necessários para realizar esse acompanhamento, nos possibilitou também a avaliação e o monitoramento dos riscos ou pressupostos externos, indispensáveis à proposta de intervenção efetiva no campo da Saúde Pública.

Na oportunidade interpretamos, sucintamente, a compreensão do Modelo Lógico seguindo os elementos:

-objetivos, cuja formulação necessita expressar a cadeia lógica de objetivos de diferentes níveis selecionados a partir dos meios- fins, que indica a razão do projeto, o objetivo superior para o qual o projeto contribui;

-indicadores que estabelecem os elementos para o monitoramento e avaliação durante a implementação e no final do projeto, portanto, contemplam as dimensões de quantidade, qualidade e tempo. Opropósito é o efeito direto e imediato alcançado quando o projeto foi executado e os beneficiários se apropriam dos bens e serviços gerados por ele. Os meios de verificação são aquelas fontes de informação que permitem obter as evidências necessárias sobre o comportamento dos indicadores considerados, eles fornecem a base para monitorar e avaliar o projeto;

-resultados,são os bens e serviços produzidos e entregues pelo projeto.

-atividadesque são as ações e recursos que a equipe de gerenciamento do projeto realiza para produzir cada resultadoe

-pressupostos definem os riscos - econômicos, políticos, institucional, ambiental, cultural dentre outros, os quais podem influenciar à implementação do projeto.

Não obstante, apesarda MML ser uma ferramenta para promover o processo de conceituação, desenho, execução e avaliação de projetos, para Salgado (2014), a principal desvantagemda metodologia é não compreender a realidade fora do projeto, já que ele tenta adivinhar por meio das hipóteses, em vez de incorporar e compreender desde a sua criação. Além disso, ainda destaca outradesvantagemcomo os “indicadores de fetichização", ou seja, pensa que a realidade ‘deve’ ser resumida numa fórmula, que não pode ser traduzida em um número invisível.

Esta análise deixa-nos a impressão que os executores do projeto buscam apenas cumprir o objetivo, sem se preocupar com as mudanças e o empoderamento dos atores, que finalmente são os únicos responsáveis pela melhoria de sua qualidade de vida.

A experiência como enfermeira e docente no “Curso Médio de Salud Pública” despertaram nossa curiosidade para avançar mais sobre as práticas de cuidado para promover e manter a saúde das pessoas que vivem nas comunidades, já que durante o seu desenvolvimento, refletimos sobre as investigações epidemiológicas que, na maioria das vezes, partiram do estudo da doença, descontextualizando o processo saúde-doença do sujeito.

Mas, um ano depois, em 2009, tivemos oportunidade de participar, do “Curso de Formación de Agentes de Atención Primaria de Salud en la Cruz Roja Venezolana”, cujo principal objetivo foi educar líderes de APS das diferentes Instituições de Saúde do país, a fim de promover o desenvolvimento de projetos e realizar atividades de saúde com tal estratégia. Concomitante ao curso, como enfermeira e professora universitária, elaboramos o projeto “Implementar Alianzas Estratégicas para el Desarrollo de Programas de Educación para la Salud, entre la Escuela de Enfermería ULA y la Cruz Roja Seccional Mérida” (FLÓREZ, 2009).

Nesse mesmo ano, executamos o projeto com o objetivo de contribuir para a formação dos estudantes de sétimo semestre de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de los Andes, habilitando-os para cumprir, integralmente, com as 120 horas obrigatórias a Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior (GACETA OFICIAL nº 38.272/VENEZUELA, 2005), a qual objetiva regulamentar a prestação de serviço comunitário do estudante de ensino superior que, no nível de graduação, aspira ao exercício de qualquer profissão.

A Ley Gaceta Oficial n° 38.272 (VENEZUELA, 2005) é regida pelos princípios constitucionais da solidariedade, responsabilidade social, igualdade, cooperação, co-responsabilidade, participação cidadã, assistência humanitária e alteridade, caracterizada no que se refere ao Serviço Comunitario.

Em resumo, na formação profissional dos discentes de nível superior nos serviços e nas comunidades, eles precisam aplicar os conhecimentos científicos, técnicos, culturais, esportivos e humanísticos adquiridos durante a execução das atividades no decorrer da sua formação acadêmica, em benefício da comunidade, cooperar com sua participação no cumprimento dos propósitos de bem-estar social, de acordo com as disposições da Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (VENEZUELA, 2015).

Neste sentido, o Serviço Comunitário tem como fins.

> Incentivar no estudante a solidariedade e compromisso com a comunidade como norma ética e cidadã. Fazer um ato de reciprocidade com a sociedade. Enriquecer a atividade de ensino superior, por meio da aprendizagem de serviços, com a aplicação dos conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica, artística, cultural e esportiva. Integrar instituições de ensino superior ea comunidade para contribuir com o desenvolvimento da sociedade venezuelana. Formar, com a aprendizagem nos serviços, o capital social do país (VENEZUELA, 2005, p.2).

Na referida Lei, os projetos necessitam ser elaborados para responder as necessidades das comunidades, oferecer soluções de maneira metodológica, porém precisa considerar os planos de desenvolvimento municipal, estadual e nacional.

Na nossa avaliação, acreditamos que o referido projeto contribuiu com o processo ensino-aprendizagem dos discentes do 7º semestre de graduação em Enfermagem e dos usuários quanto à implementação de práticas de saúde em seus lares, tendo em vista a melhoria das condições de saúde mediante as mudanças de estilos de vida norteadas e observadas pelos discentes de graduação em Enfermagem com sessões educativas à saúde construídas pela própria comunidade.

Ademais, notamos durante a implementação do projeto, a importância da inclusão dos conteúdos de Atenção Primária de Saúde nos Programas de Graduação das Universidades, e sua implementação por meio das práticas extramuros, com o objetivo de atender às necessidades educacionais na saúde dos usuários das Unidades de Saúde (US) da APS.

Nos anos 2011-2013 tivemos a experiência de Maestría en Salud Pública de la Universidad de los Andes/ Venezuela, ao estudar a realidade de saúde da população a partir da interpretação sobre os determinantes políticos, econômicos, sociais e biológico do processo saúde – doença, tendo como objeto de estudo "Riesgo Biológicos y Conductuales Asociados al Cáncer de Cuello Uterino. Estudiantes de Enfermería ULA, 2012" (FLÓREZ, 2013), numa abordagem epidemiológica.

A realidade dos resultados desse estudo levou-nos a mais uma vez a inquietações sobre como estava sendo o processo ensino-aprendizagem das discentes de Enfermagem na APS mediante a hegemonia ainda da epidemiologia em detrimento às 'outras' experiências do processo saúde-doença, com concepções numa visão ampliada da saúde voltada à APS desarticulada da prática.

Ao mudarmos de país, da Venezuela para Colômbia, no período de 2011 até 2014, trabalhamos na Universidad de Pamplona na Colômbia, como professora, sendo responsável pela condução da 'disciplina'(terminologia usada na Colômbia) "Cuidado de Enfermería en Salud Comunitaria", cujo enfoque permeava os aspectos teóricos e práticos do processo de avaliação de Enfermagem com o conhecimento determinante das comunidades, resgatando a influência do contexto, cultura e estilos de vida. Naquele momento foi proposta a realização do plano de intervenção comunitária de cuidados de Enfermagem de acordo com o diagnóstico elaborado em parceria com a comunidade.

Contudo, observamos que a abordagem dessa 'disciplina' continuava ainda como "olhar reducionista", aquele com características priorizadas nos risco e danos, desconsiderando-se as ações de proteção ou práticas saudáveis da realidade da comunidade.

Concretamente, é uma situação que acreditamos que ainda poderá persistir em algumas Instituições de Ensino Superior (IES) com formação de profissionais de saúde centrada na doença-queixa conduta, sem 'olhar' para o cuidado integral, e pouco orientada para a promoção da saúde e prevenção da doença, além de não evidenciar as necessidades de cuidado familiar, do conhecimento da família na vivência de processos de saúde e doença, e reconhecimento do contexto familiar, no qual vivem diariamente.

Apesar da compreensão mais abrangente sobre o processo saúde-doença, concluímos em 2015 outro curso de pós-graduação *"*Especialización en Epidemiología*"* na Universidad de Boyacá, na Colômbia, o qual nos forneceu ferramentas fundamentais para a compreensão do processo saúde-doença de diferentes grupos humanos, juntamente com a preparação do diagnóstico epidemiológico do estado de saúde da população, com base na identificação dos aspectos de risco sobre morbidade e mortalidade.

Destacamos ainda que nessa ocasião, desenvolvemos a pesquisa, *"*Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Prevención del Cáncer de Seno en las Estudiantes del Programa de Enfermería. "Universidad de Boyacá – Colombia" (FLÓREZ, 2015), com mulheres jovens, que em seu trabalho executam atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas ao câncer de mama, por meio do ensino da prática do autoexame.

Concomitante a essa pesquisa, durante os anos 2015 e 2016, realizamos o trabalho disciplinar, como também profissional como professora na referida Universidad de Boyacá, uma experiência mais uma vez articulada ao desenvolvimento de atividades correspondentes a disciplina *"*Cuidado de Enfermería en Salud Comunitária*"*, com o objetivo de aplicar o

processo de cuidados de enfermagem com ações de intervenções sobre promoção da saúde para a melhoria dos estilos de vida da comunidade. Os conteúdos eram direcionados ao referencial definido pelo modelo de APS proposto em 1978 pela OMS, e com ênfase nas atividades de Saúde Pública na comunidade.

Naquela ocasião tivemos a oportunidade de participar diretamente da estruturação dos conteúdos programáticos da referida 'disciplina', já que, ao longo da nossa experiência como professora na área nos permitiu orientar o discente de graduação em Enfermagem com os conhecimentos teóricos e as habilidades práticas em Saúde Pública aplicadas como estratégias de trabalho na comunidade, a fim de promover, manter e restaurar a saúde da população com sua plena participação.

No ano 2017, sentimos a necessidade de dar continuidade à pós-graduação nível doutorado, e nós submetemos a seleção no Brasil, especificamente pelo Programa de Alianza para la Educación y la Capacitación (PAEC), Organización de los Estados Americanos (OEA) y el Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras (GCUB).

O Programa oferece bolsas de estudo acadêmicas aos cidadãos destacados dos Estados membros da OEA para cursar mestrado e doutorado em Universidades brasileiras. Ao candidatarmos, nossa primeira opcão foi o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia, Brasil, diante do contexto da nossa experiência quer como discente do curso de graduação em Enfermagem e pós-graduanda quer como enfermeira e docente em Enfermagem, com o objeto de estudo "Saberes e práticas da Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica de Saúde no contexto dos cursos de graduação em Enfermagem-Brasil e Colômbia".

A delimitação deste objeto de estudo partiu da construção histórica da nossa trajetória como discente em Enfermagem e como enfermeira, inclusive sendo reforçada no decorrer do tempo e com a evolução social e cultural da Enfermagem que, segundo Malpica (2019), tem difundido uma concepção estereotipada entendida como uma profissão apenas para ajudar no processo de satisfação do paciente, estando muito longe de qualquer vislumbre do alcance dessa conquista.

Além disso, na atualidade a formação em Enfermagem vem sendo solicitada a responder ao desafio de formar profissionais competentes para o trabalho em saúde (BURGATTI; LEONELLO; BRACIALLI; OLIVEIRA, 2013). Portanto, a necessidade de mudanças é assumidamente comprovada, dada a ineficácia do modelo tradicional e

compartimentalizado de ensino, frente à capacidade de resposta às demandas sociais (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

De acordo com Bernardino, Andres e Peres, (2010), existem modelos híbridos de sistemas de saúde que ainda estão em construção. Como vemos, esse é um cenário que demanda uma capacidade adaptativa por parte da enfermeira, precisando mudanças na formação baseada nas necessidades de novos perfis profissionais que exigem quase uma "desconstrução" da enfermeira formada na escola tradicional; e o segundo, saber como "abstrair", "processar" tais mudanças de formação, quando o cenário já mudou.

Nesse processo de formação a aprendizagem é entendida como um fenômeno interpretativo da realidade, portanto, implica construção, desconstrução e reconstrução (DEMO, 2000). De acordo Frison (2012) isto pressupõe a superação do modelo em que o sujeito reproduz fielmente o lhe é transmitido, não sendo mais aceitável que só o professor ensine e que o aluno apenas absorva passivamente os conteúdos ou que se restrinja a executar somente o que é determinado.

Particularmente, notamos que na formação em Enfermagem há algumas dificuldades inerentes à lacuna entre a teoria e a prática (SCHERER; SCHERER, 2007). Para tanto, a fim de resolver tais problemas é necessário que os educadores instrumentem os discentes para implementar o conhecimento teórico nas ações de cuidado de Enfermagem. Desse modo, a utilização de metodologia de pesquisa que trate de narrar e refletir a prática, tanto quanto desenhar estratégias específicas de atenção à saúde constituem "pontes" sobre as lacunas entre a teoria e a prática (PEDEN-MCALPINE, 2005).

Por outro lado, de acordo com Rangel e outros (2017), no campo da Enfermagem a compreensão do significado de cuidado integral está atrelada à integralidade, ocorrendo no encontro de um sujeito com outro, em que a aproximação permite identificar as necessidades que requerem assistência imediata e outras que precisam ser exploradas para serem compreendidas. Da mesma forma, discutiu-se como esse cuidado integral poderia ser oferecido não somente na teoria, mas também na prática.

Igualmente como a integralidade, segundo Filipin, Ilha e STEIN (2015), o cuidado integral é uma construção gradual que acontece a partir das relações e da desconstrução de práticas lineares focadas em ações tecnicistas. A integralidade e o cuidado integral precisam permear as ações do saber e fazer da enfermeira e, para isso, necessitam ser abordadas desde a formação acadêmica.

Por conseguinte, a busca pelo cuidado integral, para tais autores, inclui a desconstrução de práticas lineares focadas na técnica, bem como um desacomodar por parte dos profissionais, um deslocar de pensamento.

Daí entendermos, num sentido amplo, que a desconstrução se compõe de um enfoque que nos permite decompor um conceito nas suas ideias primárias, possibilitando a interpretação e a crítica dos escritos, por meio do questionamento da sua estrutura interna, acentuando a diferença entre as palavras que compõem a escrita e o que realmente representam.

Além disso, desconstruir significa quebrar o paradigma hierárquico, que nos induz a seguir uma ordem estrita na forma como se apresentam os eventos, mas segundo essa abordagem, a causa e o efeito de um fato podem ser revertidos, pensando o efeito como causa, sem alterar essa hierarquia.

Em relação à nossa pesquisa, concebemos que o enfoque da desconstrução poderia ser adequado ao trabalho da Enfermagem, facilitando a produção de um discurso do outro a partir de si mesmo, durante o processo de cuidado, descobrindo as diferenças e permitindo uma transformação dos envolvidos sem excederas fronteiras. Da mesma forma, a desconstrução possibilita retomar certos conceitos dominantes nos discursos e a partir das leituras poderá gerar um espaço para o imprevisível, possibilitando o questionamento.

Ao mesmo tempo, consideramos que a desconstrução facilitaria a mudança na estrutura da formação profissional da Enfermagem, daquele modelo tradicional, mecanicista e flexneriano, para um modelo que atenda às demandas sociais, por meio de um processo interpretativo da realidade e da desconstrução das práticas focalizadas nas ações técnicas.

Enfim, concordamos com o fato de que a desconstrução compreende um movimento constante entre a indefinição de um conceito e a precisão das informações que podemos observar, ou seja, se transferirmos essa abordagem para nossa pesquisa poderemos entender que esse movimento contínuo existe entre os saberes e as práticas estabelecidas no processo de formação do discente de Enfermagem, e se expressa a partir do que a pessoa diz que faz e o que realmente faz.

Para tanto, sentimos a necessidade de identificar as produções científicas (PC) já publicadas sobre o objeto deste estudo e, assim, fizemos um levantamento preliminar - estado da arte, por meio da busca simples dessas produções nos últimos 10 anos, entre janeiro de 2008 a junho de 2018, a partir dos seguintes descritores em espanhol e sua correspondente

tradução em portugùes e inglês: Saber, Conhecimentos, Prática, Enfermagem, Atenção Básica, Atenção Primária à Saúde, Educação, Primeiro Nível de Atenção, Formação da enfermeira na APS, Cuidado Primário em Saúde, Prática em Enfermagem na APS, Ensino em Enfermagem na APS.

Iniciamos esse processo, primeiramente, com a tradução das palavras-chave na área da saúde, e identificamos que os maiores números de publicações foram em português produzidas por enfermeiras, depois em inglês e, finalmente, em espanhol.

Para tal propósito, consultamos bancos de dados, como o Portal Virtual da Biblioteca Central de Julieta Carteado da UEFS; a Biblioteca Virtual de Saúde e o mecanismo de busca Google Academic, dando prosseguimento à leitura estruturada das PC com base nos títulos e resumos nos respectivos bancos de dados para a busca, tendo sido identificadas 33 produções científicas. Após leitura preliminar, excluímos aquelas PC relacionadas à temática da saúde em geral e com abordagem principalmente clínica, incluíndo como critério de inclusão as produções voltadas à APS, tendo sido delimitada, portanto, em 18 PC publicadas entre janeiro de 2008 a junho de 2018, apresentadas no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 Distribuição das produções científicas publicadas entre janeiro de 2008 a junho de 2018 sobre a formação da Enfermeira na APS. Feira de Santana/UEFS, mar/ jun. 2018.

Nº PC	Produção Científica	Objetivo	Resultado
1	MOREIRA, T.; SILVA, L. Relação ensino-serviço no âmbito da Atenção Primária à Saúde: o olhar dos atores do processo de formação de enfermeiros. **Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.** 2013.	**Conhecer** a relação ensino-serviço e **identificar** os entraves relacionados ao processo de formação dos profissionais enfermeiros, a partir da percepção de distintos atores sobre o modelo técnico-assistencial academia - prática no cotidiano da Unidade de Saúde da Família em Vitória da Conquista/BA.	Observou-se um largo campo a ser percorrido para a redução da distância entre o referencial teórico acadêmico e as práticas realizadas no cotidiano das unidades, como também foram evidenciadas incompatibilidade entre teoria e prática quando se discute o modelo acadêmico e o que é vivenciado de forma multidisciplinar na rotina do PSF.
2	COELHO, M. **Formação do enfermeiro para a atenção básica:** Análise da orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica a partir de um curso de graduação. 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) -Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2014.	**Analisar** a formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica, no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), segundo os eixos orientadores do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde): orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica.	Torna-se necessária a discussão crítica e reflexiva sobre as práticas, por todos os participantes no processo (professores, profissionais dos serviços, estudantes) visando à transformação da própria prática e da gestão das organizações envolvidas, de modo a fortalecer uma formação do enfermeiro para o SUS.
3	ALMEIDA, C. et al. A teoria em prática: interlocução ensino-serviço no contexto da atenção primária à saúde na formação do (a) enfermeiro (a). **Revista online de Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 84, n. [s.n] p. 5002-5009; 2016.	**Compreender** as percepções dos estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem acerca da sua inserção na prática dos serviços da Atenção Primária à Saúde.	A interlocução entre teoria e prática, entre ensino e serviço deve ser promovida no processo de formação em enfermagem. E, no que se refere à experiência no contexto dos cuidados primários de saúde, tal estratégia tem sido efetiva e positiva, como desvelam os relatos dos discentes.
4	MEDEIROS, V.; PERES, A. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica À Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. [s.n], p. 27-35; 2011.	**Caracterizar** as oportunidades de aprendizagem vivenciadas e as atividades realizadas durante as aulas práticas e estágios na atenção básica ao longo do curso de graduação em enfermagem.	Necessidade de discussões sobre avaliação curricular e mudanças no ensino de enfermagem. Recomenda-se que as escolas propiciem a atuação dos acadêmicos no contexto multiprofissional e valorizem oportunidades de aprendizagem relacionadas ao trabalho do enfermeiro nas atividades de atenção básica.
5	CARÁCIO, F. et al. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. (7), p. 2133-2142; 2014.	**Analisar** a formação de enfermeiros e médicos de uma instituição pública do município de Marília para a atuação em Atenção Primária, identificando as concepções dos docentes, coordenadores e egressos em relação à formação profissional.	Os resultados revelaram que os cursos preparam os profissionais para atuar em Atenção Primária, entretanto, com limitações em relação às ações de gestão e cuidado coletivo; o uso das metodologias ativas tem sido importante para o processo de ensino e aprendizagem; e os estudantes participarem desde o primeiro ano da graduação na APS amplia o conhecimento da realidade; o curso de enfermagem tem maior aproximação com prática da Atenção Primária.

Nota: as PC estão citadas em itálico para se destacarem das demais no processo de análise, acompanhadas da sigla PC e sua respectiva ordem numérica apresentada no quadro 2. Exemplo: PC1, e assim sucessivamente.

Quadro 2 Distribuição das produções científicas publicadas entre janeiro de 2008 a junho de 2018 sobre a formação da Enfermeira na APS. Feira de Santana/UEFS, mar/ jun. 2018.

Nº PC	Produção Científica	Objetivo	Resultado
6	BACKE, D. et al. Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. **Escola Ana Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. (3), p. 597-602; 2012.	**Relatar** a vivência de ensino-aprendizagem vinculada a um projeto ampliado de ensino, pesquisa e extensão fundamentado nas teorias de Enfermagem.	Os resultados mostram que, instigar o protagonismo e empreendedorismo social na formação, a partir das teorias de enfermagem, significa desenvolver um conhecimento capaz de dialogar e integrar os diferentes saberes, pelo desenvolvimento de práticas em consonância com o exercício da cidadania e transformação social.
7	GARCIA, C.; FAGUNDES, N. Estágio curricular na atenção básica: experiências e aprendizados. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 22/v. 23, n. 1, 2, 3, p. 11-22; 2008.	**Compreender** o que expressam as aprendizagens referidas pelos estudantes como (re) construídas no estágio curricular em espaços da atenção básica à saúde.	O estudo revelou que o estágio proporcionou a (re) construção de aprendizagens significativas para a prática profissional da enfermeira na rede básica com uma melhor compreensão da complexidade do trabalho; planejamento de saúde; tomada de decisão e maior embasamento para a prática clínica.
8	MARIN, M. et al. Aspectos da Integração Ensino-Serviço na Formação de Enfermeiros e Médicos**. Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. (4), p. 501-508; 2013.	**Identificar** contribuições, limites e sugestões para melhoria da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos nos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina da Famema	A integração ensino-serviço possibilita inserção precoce do estudante no mundo do trabalho; construção do conhecimento pautado na prática; troca de informação com os profissionais dos serviços e ampliação das ações junto à coletividade. Sugestões: ampliação da inserção do professor colaborador nas atividades acadêmicas, melhorias na gestão da Atenção Básica e revisão do contrato de parceria, como parte da necessidade de corresponsabilização nos processos de ensino-serviço.
9	CARVALHO. E.; CARVALHO. L. Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n. 5, p. 793-798; 2010.	**Avaliar** a percepção de graduandos do curso de enfermagem frente às estratégias de ensino-aprendizagem vivenciadas.	As estratégias de ensino no processo de aprendizagem são aspecto fundamental na atuação do docente, o envolvimento desse processo resulta na formação para o ensino superior em uma troca significativa de saberes onde o docente também é aprendiz e pode possibilitar ao aprendiz que seja docente, numa troca valorosa de papéis.
10	CUBAS, M. Desafios para a enfermagem no alcance das metas da Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, V. 45, (Esp. 2), P. 1758-17562; 2011.	**Abordar** os desafios que a Enfermagem possui para alcançar as metas da atenção primária.	Na dimensão do ensino na graduação de Enfermagem, a superação dos desafios no processo de formação pode ser ancorada nos pilares da educação contemporânea: o aluno ‘deve’ ser visto como sujeito de sua formação; a formação ‘deve’ ser pautada por competências, possibilitando ao aluno experiências e oportunidades; a teoria ‘deve’ ser articulada com a prática e a interação educador-educando ‘deve’ ser constante.

Quadro 2 Distribuição das produções científicas publicadas entre janeiro de 2008 a junho de 2018 sobre a formação da Enfermeira na APS. Feira de Santana/UEFS, mar/ jun. 2018.

Nº PC	Produção Científica	Objetivo	Resultado
11	MENDES, F. et al. Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre assistência hospitalar e atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 343-350; 2016.	**Analisar** como se estruturam as representações sociais dos cuidados hospitalares e comunitários em dois grupos de estudantes de enfermagem – 1o e 4o anos.	As representações sociais não se estruturam em termos de cuidados hospitalares *versus* cuidados comunitários, mas centram-se na doença/ doente e no papel do enfermeiro no tratamento, prevenção e cuidado. Os determinantes sociais da saúde e da doença e a promoção da saúde estão ausentes das RS dos estudantes entrevistados.
12	MARAÑÓN. A.; PERA, M. Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study. **Nurse Education Today**. 2015.	**Conhecer** a percepção dos estudantes de enfermagem sobre sua formação teórica e prática e como o treinamento influencia o processo de construção de sua identidade profissional.	A respeito da teoria, as habilidades desenvolvidas na aprendizagem baseada em problemas deram confiança aos enfermeiros novatos para abordar os problemas de prática diária e novas situações. Tal abordagem ensinou a refletir sobre o que eles fizeram e o que foram ensinados e esta capacidade foi transferida para o ambiente clínico. Para os estudantes, ambas as estratégias (teoria e prática) são vitais para a educação em enfermagem e para a construção de uma identidade profissional.
13	BETONY, K.; YARWOOD. J. What exposure do student nurses have to primary health care and community nursing during the New Zealand undergraduate Bachelor of Nursing programme? **Nurse Education Today**, 2012.	**Examinar** a exposição teórica e prática que têm os estudantes de Enfermagem à Atenção Primária em Saúde.	Os resultados deixam implícito que parece haver uma gama de barreiras no ensino terciário e a capacidade das instituições de fornecer estágios clínicos de qualidade, particularmente notável na área da APS. Na educação de enfermeiros, os desafios que proporcionam a atenção básica levam à uma falta de clareza sobre o papel de uma equipe na prestação de APS e capacidade limitada para acomodar estudantes.
14	BORTOLI, S. et al. La situación de la educación en enfermería en América Latina y el Caribe hacia el logro de la salud universal. **Revista. Latino-Americana de Enfermagem**, São Pablo, 25: e 2913; 2017.	**Avaliar** a situação do ensino de Enfermagem e **analisar** em que medida os programas do ensino de Enfermagem no nível da América Latina e do Caribe estão se preparando graduados para contribuir para a realização da Saúde Universal.	Os currículos de ensino de Enfermagem entre as escolas participantes, em geral, integraram os princípios e valores da Saúde Universal e da atenção primária à saúde, além dos princípios que sustentam as modalidades de educação transformadora, como o desenvolvimento do pensamento crítico e complexo, a resolução de problemas, a tomada de decisões clínicas com base em evidências e aprendizagem ao longo da vida.
15	MACEDO, C. et al. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, V.18, n. 1, p. 195-201; 2014.	**Analisar** as características da integração ensino-serviço para academia, serviços de saúde e comunidade, a partir de uma revisão integrativa da literatura nacional.	Evidências nos avanços integração ensino-serviço; porém são reveladas dificuldades como a distinta apropriação de referenciais epistemológicos, a falta de priorização dessa estratégia pela gestão e organização de ambos os cenários, além dos conflitos existentes nas relações de poder dos distintos atores e predominância de interesses hegemônicos. A academia parece visualizar o serviço de saúde como um local de prática para o estudante, com pouco vislumbre à transformação dos

			processos de atenção à saúde.

Quadro 2 Distribuição das produções científicas publicadas entre janeiro de 2008 a junho de 2018 sobre a formação da Enfermeira na APS. Feira de Santana/UEFS, mar/ jun. 2018.

Nº PC	Produção Científica	Objetivo	Resultado
16	ARANTES, C. et al. Cuidado coletivo na atenção primária em saúde: concepções de graduandos de Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. (esp.2), p. 772-8; 2013.	**Analisar** concepções de graduandos de enfermagem sobre o cuidado coletivo na atenção primária em saúde.	É possível afirmar que o processo de formação dos participantes do estudo está propiciando experiências de aprendizagem que estão levando à formulação de conceitos e posicionamentos críticos acerca do cuidado coletivo no contexto da atenção primária, porém, também é perceptível a necessidade de superação de outras concepções ainda idealizadas sobre esta mesma realidade.
17	SILVA, M. et al. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-84; 2010.	**Refletir** acerca do processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade.	O processo de formação implica um diálogo entre saberes e práticas, na articulação teoria/prática como elementos fundamentais para o estabelecimento de espaços para o desenvolvimento de metodologias, de competências, fazendo emergir a necessidade de desconstrução do paradigma do conhecimento dicotomizado entre o saber e o fazer, entre a teoria e a prática.
18	SANJUÁN, A.; MARTÍNEZ, J. Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza-aprendizaje para la interrelación de conocimientos y formación de clínica/comunitaria. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. XXVI, n. 2. p. 151-159; 2008.	**Analisar** o processo de ensino e aprendizagem para a construção das disciplinas de forma inter-relacionadas e coordenada de uma nova perspectiva metodológica que é levada em conta para professores, estudantes e enfermeiros de cuidados de saúde.	A importância em si não adquire o programa em termos de conteúdo, mas a necessidade de conhecimento necessário para a aquisição de habilidades. O treinamento de competência só é possível se for colocado em prática em um contexto profissional. É necessário analisar onde as competências clínicas / comunitárias de enfermagem são adquiridas levando em conta as novas demandas em uma sociedade globalizada, dinâmica e multicultural, sem perder os valores da enfermagem como profissão, adquirindo a capacidade de prestar cuidado individual e holístico às pessoas, famílias e comunidade.

De acordo como o quadro 2, das 18 produções científicas, nós encontramos 15 delas em português, realizadas no Brasil (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Brasilia e, Florianápolis), uma em espanhol realizada na Colombia (Medellin) e duas em Inglês (Espanha e Nova Zelândia).

Depois da leitura crítica vimos que as *PC1*, *Relação ensino-serviço no âmbito da Atenção Primária à Saúde: o olhar dos atores do processo de formação de enfermeiros* (MOREIRA; SILVA, 2013); *PC3*, *A teoria em prática: interlocução ensino-serviço no*

contexto da atenção primária à saúde na formação do (a) enfermeiro (a) (ALMEIDA et al., 2016); *PC8, Aspectos da Integração Ensino-Serviço na Formação de Enfermeiros e Médicos* (MARIN et al., 2013); *PC10, Desafios para a enfermagem no alcance das metas da Atenção Primária* (CUBAS, 2011); *PC12, Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study* (MARAÑÓN; PERA, 2015) e *PC17, Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas* (SILVA et al., 2010) deixam explícita a importância de uma articulação e interação entre teoria e prática realizadas diariamente nos cursos de graduação de Enfermagem, já que ficou evidente a desarticulação entre elas quando se discutem os modelos acadêmicos. Também ressaltam que a interlocução entre teoria e prática no ensino e no serviço necessita ser promovida no processo de formação em Enfermagem.

A *PC2, Estágio curricular na atenção básica: experiências e aprendizados* (GARCIA; FAGUNDES, 2008), estuda a formação da enfermeira na Atenção Básica de Saúde[2] (ABS), articula teoria e prática e deixa claro que, a inserção progressiva no campo de prática desde o início da formação e a utilização de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, configura-se a lógica do aprender fazer, fazendo.

Quanto a *PC5, A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária* (CARÁCIO et al.,2014)*; PC6, Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem* (BACKE et al., 2012)*; PC9, Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de enfermagem* (CARVALHO; CARVALHO, 2010) e *PC14, La situación de la educación en enfermería en América Latina y el Caribe hacia el logro de la salud universal* (BORTOLI et al., 2017) a utilização das metodologias ativas tem sido importante para o processo de ensino e aprendizagem; assim como também o fato dos discentes participarem desde o primeiro ano da graduação junto a Atenção Primária amplia o conhecimento sobre esta realidade.

[2] Segundo Gamboa (2018), a terminologia de Atenção Primaria à Saúde (APS), é utilizada por a sua abrangência, reconhecimento e utilização mundial, apesar de no Brasil ser nomeada Atenção Básica em Saúde (ABS). Por conseguinte, em alguns trechos deste estudo utilizamos tal terminologia em respeito às citações dos autores brasileiros aqui referenciados.

Por outro lado, esses estudos ressaltaram que a vivência teórico-prática inovadora no ensino de Enfermagem é estimulada por uma pedagogia ativa, dialógica e interativa capaz de fomentar redes solidárias de cooperação e a promoção de ambientes polissêmicos favorecidos pelas reflexões dos problemas sociais emergentes. Por conseguinte, entendemos que instigar o protagonismo e empreendedorismo social na formação, a partir dos saberes e práticas de Enfermagem significa desenvolver um conhecimento capaz de dialogar e integrar os diferentes saberes pelo desenvolvimento de práticas em consonância com o exercício da cidadania e transformação social.

Já a respeito da *PC4, Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica à Saúde* (MEDEIROS; PERES, 2011)*; PC7, Estágio curricular na atenção básica: experiências e aprendizados* (GARCIA; FAGUNDES, 2008)*; PC11, Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre assistência hospitalar e atenção primária* (MENDES et al. 2016)*; PC13, What exposure do student nurses have to primary health care and community nursing during the New Zealand undergraduate Bachelor of Nursing programme?*(BETONY; YARWOOD, 2012)*; PC15*, Integração *ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura* (MACEDO et al., 2014)*; PC16,Cuidado coletivo na atenção primária em saúde: concepções de graduandos de Enfermagem* (ARANTES et al., 2013) e *PC18* (SANJUÁN; MARTÍNEZ, 2008) *Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza-aprendizaje para la interrelación de conocimientos y formación de clínica/comunitaria* os autores referem que apesar da academia pensar o serviço de saúde comunitário como um local de prática para o discente, essa prática apresenta pouco vislumbre à transformação dos processos de atenção à saúde.

Nesta perspectiva, é necessário conhecermos a realidade não só da prática nos serviços de saúde como também do processo de formação dos discentes para propiciar experiências de aprendizagem que levem à reformulação de conceitos e posicionamentos críticos acerca do cuidado coletivo no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Por conseguinte, entendemos o quanto é importante a elaboração desta pesquisa a partir do processo da revisão e análise das produções científicas, uma vez que as publicações aqui analisadas sobre a formação de saberes e práticas da enfermeira, ainda estão arraigadas às atividades clínicas, tecnicistas e focadas na atenção da doença do “paciente” nos centros hospitalares. E, por isso, mediante tal panorama, sentimos a necessidade das mudanças do

ensino dos cursos de Graduação em Enfermagem, como também das práticas dos serviços de saúde, mas não podemos deixar de reforçar que é importante que os docentes e discentes de Enfermagem fiquem sensibilizados e incorporem outra dimensão sobre a prática com populações saudáveis, no direcionamento de ações para a adoção de 'novos' hábitos, com a participação da própria comunidade, com o aproveitamento dos meios à sua disposição para o melhoramento da saúde e prevenção de doenças.

Ademais, uma das razões que também nos motivou realizar este estudo, é a pouca publicação sobre a formação da enfermeira nos saberes da APS/ABS e sua aplicação na prática. É por isso que a pesquisa se deteve em analisar os saberes e práticas da Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica de Saúde dos cursos de graduação em Enfermagem- Brasil e Colômbia.

Portanto, no sentido de contextualizar a realidade da formação da enfermeira nos cursos de graduação em Enfermagem em duas IES, uma no Brasil e a outra na Colômbia, elaboramos as seguintes questões **norteadoras:**

A questão principal:

-Como vem sendo construídos os saberes[3] e práticas[4] da APS/ABS no contexto dos cursos de graduação em Enfermagem em duas instituições públicas no Brasil e na Colômbia?

Para responder tal questão consideramos os seguintes elementos: a estruturação dos cursos de graduação em Enfermagem das IES cenários deste estudo, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a partir dos seguintes componentes: organização dos componentes curriculares sobre APS/ABS (conteúdos, cenários, práticas pedagógicas, práticas de saúde) e as práticas de saúde e práticas pedagógicas concretamente realizadas *in loco.*

E, a partir desta questão mais geral, elaboramos mais três questões, a seguir.

---

[3] **SABERES** são indicados como a parte cognitiva da pessoa; em si uma extração mental que se consegue com a assimilação da informação, quer seja adquirida através de experiências de situações cotidianas quer adquiridas em um estabelecimento de ensino, levando em consideração aspectos físicos, sociais, naturais e espaços de interação social. Cada pessoa é capaz de formar seu saber e construir suas próprias conclusões (BANCHÓN, 2017).

[4] **PRÁTICA** é o produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus*, isto é, o *habitus* enquanto sistema de disposições duráveis é matriz de percepção, de apreciação e de ação, que se realiza em determinadas condições sociais (ACIOLI et al., 2014).

-Qual (ais) é (são) o (s) sentido (s) e significado (s) da APS/ABS nas visões acadêmicas em Enfermagem /Saúde nas IES Brasil e Colômbia?

-Qual o entendimento dos discentes e docentes de Enfermagem sobre o Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS em duas IES, no Brasil e na Colômbia?

-Como se processam na prática o desenvolvimento das atividades da APS/ABS nos cursos de graduação em Enfermagem em duas instituições públicas do Brasil e Colômbia?

No sentido de demarcá-la, consideramos, a priori, as competências[5] e habilidades[6] na formação de Enfermagem no contexto da APS/ABS, sem perder de vista alguns elementos:

-competências Ética, Políticas e Técnicas (conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade), delimitadas neste estudo pelos seguintes aspectos: tomadas de decisões, resolubilidade dos problemas, compreensão e avaliação de uma situação, mobilização de saberes (afetivos e cognitivos), enfrentamentos de conflitos e oposições; - habilidades (Plano de desenvolvimento da Educação: plano objetivo e prático do saber fazer (decorre das competências já adquiridas).

E, finalmente, como última questão:

- Como se processa a articulação academia-serviço-comunidade e sua consequente interação entre os sujeitos docentes/discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população no contexto da APS/ABS?

Para responder este questionamento levamos em consideração a competência e a habilidade sobre os seguintes aspectos:

---

[5] **COMPETÊNCIA** é mais do que apenas conhecimento ou habilidades. Envolve a capacidade de responder a demandas complexas, atraindo ou mobilizando recursos psicossociais (incluindo habilidades e atitudes) em um contexto particular (SANCHO, 2017).

[6] **HABILIDADE** independentemente dos diferentes significados que carrega na moderna literatura psicológica e pedagógica, é geralmente usado como sinônimo de 'saber fazer'. As habilidades permitem que o homem, bem como os hábitos executar uma determinada tarefa (MONTERO et al., 2015).

- tomada de decisões, comunicação (empatia, diálogo, trabalho em equipe),

-liderança (compromisso, responsabilidade, empatia, habilidades para tomada de decisões, comunicação, gerenciamento das ações de saúde),

- atenção à saúde (ações de prevenção, promoção, proteção, e reabilitação individual e coletiva) e

- administração e gerenciamento, educação permanente.

Assim, para responder as questões, tivemos os seguintes **objetivos**:

Compreender a construção dos saberes e práticas da APS/ABS no contexto dos cursos de graduação em Enfermagem em duas IES públicas uma no Brasil e outra na Colômbia.

Ressignificar o (s) sentido (s) e significado (s) da APS/ABS nas visões acadêmicas em Enfermagem.

Descrever o entendimento dos discentes e docentes de Enfermagem sobre o Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS em duas IES, no Brasil e na Colômbia.

Discutir como se processa na prática o desenvolvimento das atividades da APS/ABS nos cursos de graduação em Enfermagem nessas IES (Brasil/Colômbia).

Explicar o processo de articulação academia-serviço-comunidade e sua consequente interação entre os sujeitos docentes/discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população no contexto da APS/ABS nos cenários de estudo.

Por tanto, este estudo tem como **pressuposto teórico:**

O ensino da Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica de Saúde no contexto dos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil e na Colômbia apresenta uma fragilidade, e dicotomia entre saberes e práticas, ainda fortemente caracterizado no modelo clínico, com enfoque na doença, descontextualizando os sujeitos- usuários do seu processo saúde-doença.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Referencial Teórico, segundo Ferreira (2011), é o resultado da revisão de literatura e/ou Estado da Arte sobre determinado tema de pesquisa. Seu conteúdo versa sobre a evolução do tema e ideias de diferentes autores sobre o assunto com citações textuais ou livres, seguidas de indicação dos autores. Não se trata de uma relação de referências bibliográficas (nomes de livros, artigos e autores), nem de um "glossário" com vários conceitos. Por isto, foi fundamental a apresentação de alguns conceitos, por nós defendidos, relacionados ao objeto, de modo dissertativo, articulando-os entre as temáticas.

Assim, o referencial teórico de nossa pesquisa envolveu duas temáticas:

2.1 Formação da enfermeira (saberes e práticas) no decorrer do processo ensino-aprendizagem, levando-se em consideração os seguintes aspectos:

- Evolução histórica da Enfermagem - Educação e Ideologia da Enfermagem- Institucionalização da Enfermagem como profissão.

- Políticas de Educação e Saúde para a formação da Enfermeira e sua articulação com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem no Brasil e na Colômbia.

Para iniciar a discussão deste referencial teórico, mencionamos o que está relacionado à Enfermagem como ciência, e nesse sentido Reyes (2009), fundamentado em outros estudos, destaca que a Enfermagem é uma profissão que se inicia como uma prática que segue as regras do senso comum, produto da observação e da experiência, e que aqueles que a exercitam ou que refletem sobre ela, vêm formando um corpo de conhecimento estruturado e sistematizado no espaço teórico das ciências da saúde.

Por outro lado, essa autora refere que, tradicionalmente, a noção de humanidade está associada à Enfermagem, o que implica que um ser humano ajudando ou cuidando de outro, poderá agir com uma prática humanizada inerente ao conceito de Enfermagem.

A partir de tal perspectiva, apesar de concordarmos com Reyes (2009), entendemos que a prática atual da Enfermagem precisa refletir na preparação da enfermeira no contexto atual, uma vez que há ainda nuances de um 'forte' contraste com os cursos científicos e metodológicos focados no tecnicismo, mecanicismo, voltados à doença em detrimento dos

determinantes sociais, políticos, culturais, antropológicos com suas crenças e valores, além da subjetividade entre os sujeitos, conhecimentos esses relevantes e necessários na interrelação do pensar e agir em saúde/ Enfermagem.

Outrossim não estamos desconsiderando os conhecimentos da ciência considerada e referendada pela academia ao abordarem os aspectos universais e a descoberta de leis gerais; mas, acreditamos que a arte poderá revelar a singularidade do indivíduo, e se apenas considerarmos ou valorizarmos tais conhecimentos ou seja, aqueles que se esforçam para quantificar, por outro lado, a arte torna-se invisível, desvalorizada em sua essência, em qualidade.

Mas, apesar do constante avanço do desenvolvimento científico e tecnológico da saúde, vemos a oportunidade da Enfermagem voltada enquanto uma prática social mediante a formação dinâmica da enfermeira para com os conhecimentos integrados às diversidades das Ciências Humanas e Arte, tendo em vista subjetividade, criatividade e inovação, uma oportunidade para incorporar novos conhecimentos à sua prática profissional, considerando-se os princípios e diretrizes da Atenção Primária de Saúde (OMS, 1978), retratada mais adiante neste estudo.

Outro aspecto para considerar no contexto desta pesquisa é a Enfermagem como disciplina, e neste sentido, Pires (2009) menciona que a disciplina é uma categoria organizadora dentro do conhecimento científico; ela institui a divisão e a especialização do trabalho e responde à diversidade das áreas que as Ciências abrangem. Dessa forma, o objeto de uma disciplina não existe antes da sua existência, ele é construído por ela e pode variar na sua evolução.

E, portanto, neste aspecto, a Enfermagem como parte de um trabalho do campo da saúde tem como finalidade cuidar de seres humanos em suas múltiplas dimensões e esse cuidado constitui-se no objeto de estudo da disciplina Enfermagem. Pires (2009) faz ainda uma ponderação que uma disciplina não é definida pelo objeto que estuda, mas é ela que o determina, e diante de tal perspectiva, o cuidado de Enfermagem pode ser considerado como um objeto em debate e construção no próprio processo de estruturação da disciplina Enfermagem.

Do mesmo modo, o Cuidado para Reyes (2009), ocupa um lugar central e importante no discurso da Enfermagem, já que, do ponto de vista disciplinar ele é objeto de conhecimento da

Enfermagem e critério essencial para distingui-lo do campo da saúde. Porém, a autora justifica que o ato de salvaguardar a integridade física do indivíduo é o resultado da própria natureza do ser humano, portanto o cuidar é um ato inerente ao indivíduo. Ademais, o cuidado como objeto de estudo alcança uma relevância muito significativa na sociedade porque é a própria sociedade que exige e justifica a existência disso.

Em resumo, a autora enfatiza que o ato de cuidar é uma arte e uma ciência que podem ser transformadas em reflexivas, deliberadas e autônomas, mediante da disciplina de Enfermagem que integra sua prática, pois só é possível decifrar a complexidade do cuidado humano.

Todavia, segundo Boyle (2005) e Oliveira e Cássia (2003), o conceito de cuidado tem duas dimensões principais: a primeira é a dimensão emocional, relacionada à interação dos seres humanos; e a segunda é a dimensão técnico-científica, que se refere a aspectos tangíveis, como os processos e procedimentos técnicos que ocorrem em seu contexto.

Mas ainda, há outras diferentes conceituações de cuidado definidas por Morse e outros (1994) e Morse (1990) que podem ser resumidas em cinco classificações ontológicas:

1) característica humana,

2) imperativo moral ou ideal,

3) afeto,

4) relação interpessoal que engloba sentimentos e comportamentos que ocorrem na relação e

5) ação terapêutica da Enfermagem.

No entanto compreendemos que a Enfermagem, nesse contexto de cuidado, precisa considerar que o ser humano necessita ser visto na sua integralidade, interagindo e não redutível a partes distintas, ainda quando as partes se reconhecem, elas só têm significado dentro do contexto total. Em vista disso, a perspectiva interativo-integrativa possibilita assumir a realidade como multidimensional. Contudo, é preciso considerarmos o contexto, as múltiplas dimensões da experiência (biológica, psicológica, social e espiritual) e legitimar os dados subjetivos.

Historicamente, a Enfermagem conviveu com questionamentos se era arte, ciência, disciplina. Como ciência e disciplina, Castillo e Rojas (2016), consideram que ela está fundamentada no método científico mediante o Processo de Atenção de Enfermagem (PE),

que representa a linha metodológica da Enfermagem para prestar assistência, cujo foco cai nos resultados esperados e finalmente obtidos, e sua relação com o problema do indivíduo, todo isto apoiado em evidência científica padronizada.

Origem da Enfermagem no mundo como profissão

A origem da Enfermagem no mundo como profissão, segundo Gassen, Carvalho e Goes (2013) iniciou-se no hemisfério ocidental no século XIX. Porém, o que levou a surgir como profissão teve início muito antes de Cristo, vinculada às atividades domésticas realizadas pelas mulheres de família, por monjas e ou escravas. Já para os homens reservava-se o dever dos "nobres", no período 1.200 – 800 a. C. No que diz respeito à comunidade primitiva ela associava a doença a fenômenos sobrenaturais, sendo utilizados para a cura das doenças elementos mágicos religiosos e empíricos nos templos pelos sacerdotes, considerados como os primeiros médicos gregos.

Dando continuidade à historicidade da profissão de Enfermagem contemporânea no mundo, especialmente no século XIX, para esses autores ela foi disseminada a partir da determinação e trabalho de Florence Nightingale - considerada a fundadora da Enfermagem Moderna em todo o mundo, obtendo projeção maior a partir de sua participação como voluntária na Guerra da Criméia, em 1854- ao tornar a profissão da Enfermagem uma atividade com base em estudos científicos que fundamentavam suas ações, principalmente na área que atualmente chamamos de Higiene e Profilaxia ou de Controle de Infecções, se tornando com isso uma profissão de cunho científico.

E, diante dessa experiência, de acordo com Oguisso (2005), Florence Nightingale, ao retornar da guerra da Crimeia, tornara-se uma figura popular nacionalmente; seu nome era sinônimo de doçura, eficiência e heroísmo. O trabalho que realizara durante a guerra teve um impacto muito maior do que simplesmente a ação de reorganizar a Enfermagem e salvar vidas. Ela quebrara o preconceito que existia em torno da participação da mulher no Exército e transformara a visão da sociedade em relação à enfermagem e ao estabelecimento de uma ocupação útil para a mulher.

A Enfermagem, para Nightingale, a partir daquele momento histórico, era uma arte que requeria 'treinamento' organizado, prático e científico; a enfermeira deveria ser uma pessoa com conhecimentos a servir à medicina, à cirurgia e à higiene e não a servir aos

profissionais dessas áreas. De acordo com Costa e outros (2009), o grande mérito de Florence Nightingale foi dar voz ao silêncio daqueles que prestavam cuidados de enfermagem, que provavelmente não percebiam a importância dos rituais seguidos, que já indicavam uma prática profissional organizada.

A respeito do pensamento cientifico de Nightingale, de acordo com Macário e Pereira (2010), ela considerava a Enfermagem como uma oportunidade profissional, com um conteúdo específico por investigar. A sua concepção da Enfermagem incidia, particularmente, na prevenção e no doente, contrariando as concepções de Enfermagem da sua época, que valorizavam, acima de tudo, a doença e o curar.

Além disso, Vesga (2012), faz uma revisão da história do cuidado da Enfermagem e utiliza a classificação por estágios definidos por Colliére (2009), descritos a seguir:

-primeiro estágio, a Assistência Doméstica, descrita na era pré-moderna, e que pensou na mulher como cuidadora das crianças e, portanto, responsável pela conservação da espécie. Acreditava-se que as mais experientes, as avós, tinham maior conhecimento, e que era necessário ter dado vida para poder cuidar dela. Então as avós deveriam ser multiplicadoras de conhecimento, de mãe para filha, de vizinho a vizinho.

- segundo estágio, o Cuidado como Vocação, representado pelo cristianismo como uma religião do Estado, que tinha controle sobre todos os assuntos sociais. Portanto, para executar as funções do cuidado dos menos favorecidos ou doentes procurando soluções em hospitais, centros concebidos como instituições de caridade e não para a gestão de doenças; havia mulheres consagradas;

-terceiro estágio, a Assistência Técnica e Profissional, determinada pela era moderna, onde a importância e necessidade das enfermeiras em hospitais é reconhecida. Uma situação que foi causada pela presença de guerras, onde o sistema econômico revertia seus interesses na preservação da vida dos combatentes e não havia recursos humanos suficientes para protegê-los.

É então, para Vesga (2012), o momento em que Florence Nightingale, a partir de suas amplas habilidades em outras áreas do conhecimento, torna visível um modelo de atenção empregado com soldados feridos no combate da Guerra da Criméia.

No decorrer do tempo, a profissão de Enfermagem começou a assumir atividades cada vez mais complexas. Para Maya (2011), a enfermeira passou a ser líder da equipe

interdisciplinar e com um atendimento mais humano e abrangente, inclusive possibilitando os usuários a autosuficiência nos aspectos da promoção e mantenção da sua própria saúde e, consequentemente,levando impactos positivos na saúde e na qualidade de vida.

Evolução histórica da Enfermagem na América Latina[7]

Iniciamos la descripción del proceso de evolución histórica de la Enfermería en Latinoamérica, tomando en consideración el estudio "Análisis de la enfermería en la América Latina" (VERDERESE, 1979) quien nos presenta una interesante reseña sobre el desarrollo de la práctica de Enfermería, la práctica de salud y la estructura socioeconómica en el referido continente.

En primer lugar, daremos a conocer lo acontecido en el período de 1900-1930, en el cual Latinoamérica presentaba un "modelo de desarrollo hacia afuera", debido a que la principal actividad central de su economía estaba orientada hacia los países más desarrollados. Esta situación era común a todos los países del Continente ya que, para la época eran productores de materia prima, predominaba la producción agrícola que estaba ligada a la exportación de alimentos, la industria extractiva, un mercado interno estrecho y un comercio internacional en desarrollo.

Para este momento, la práctica de salud dominante era la sanitaria, caracterizada por actividades de saneamiento, vigilancia de los puertos y lucha contra las enfermedades que exigían cuarentena y que representaban un obstáculo para el comercio internacional. Por lo tanto, es posible identificar desde el inicio una articulación de esta práctica con la estructura económica y el medio de producción predominante. En este contexto, la práctica de salud a su vez, influyó en el desarrollo de las profesiones de salud; es así que la lucha contra las enfermedades cuarentenables se consideró el punto de partida para la transformación y desarrollo de la medicina en Latinoamérica (GARCIA, 1976).

En este periodo la práctica de Enfermería estuvo más ligada al desarrollo de los hospitales, con la ejecución de actividades enfocadas en la medicina curativa, además esta práctica estaba dirigida por congregaciones religiosas, que cumplían más una función social

[7] A descrição do seguinte item (Evolução histórica da Enfermagem na América Latina), é escrito em espanhol, com o propósito de que a tradução para outro idioma não gere uma interpretação errônea. As informações a seguir foram obtidas do documento de Verderese (1979).

que propiamente médica, brindando cuidado a las personas excluidas y desamparadas, procurando la conversión religiosa, la moralización y la disciplina de estos grupos de población. Esta función, ejercida fundamentalmente por Enfermería, estaba vinculada a la estructura político-económica, ya que contribuía a disminuir tensiones sociales y a recuperar, para la industria manufacturera incipiente, la mano de obra excedente de la agricultura (VERDERESE, 1979).

Sin embargo, los primeros esfuerzos para la preparación formal de enfermeras se inician en este periodo, así en 1890 se creó en la Argentina la primera escuela de Enfermería, en Cuba en 1900, en Chile en 1905, en México en 1907, y en Uruguay en 1912. Posteriormente, en 1923 se fundó la primera escuela en Brasil, bajo la dirección del Ministerio de Salud y los auspicios de la Fundación Rockefeller, con el objetivo principal de preparar enfermeras para los servicios de salud pública.

Luego, en 1927 se estableció en Chile una Escuela de Enfermeras Sanitarias y en seguida, con la colaboración de la Fundación Rockefeller, se instauró la primera Unidad Sanitaria Modelo, como centro de demostración y enseñanza, organizándose en él un curso para enfermeras nacionales y extranjeras. Finalmente, para 1928, se inició la primera asistencia de Enfermería en el área de salud pública en el Servicio Nacional de Salud.

Según lo expuesto, observamos que, con el comienzo de las actividades de Enfermería en el área de la salud pública y la creación de escuelas para la formación profesional del rubro, se inició un proceso de transferencia de la Enfermería que va de las congregaciones religiosas a las manos laicas bajo el control estatal de sus servicios.

A continuación, en el período 1930-1960 apareció un estancamiento en el comercio de exportación y el surgimiento del proceso de industrialización, dando apertura al modelo de crecimiento conocido como "desarrollo hacia adentro”. Las economías latinoamericanas consiguen superar la fase de monoexportación, incrementar su mercado interno y sentar algunas bases para un desarrollo más autónomo. Sin embargo, la escasez de capital nacional, la dependencia de una tecnología importada y la gran inversión de capital extranjero en las industrias nacionales impidieron un desarrollo más autónomo de su economía.

Particularmente, la estructura económica y el modo de producción dominante en este período influyeron en la práctica de salud y en la formación de personal. Es evidente que, de una práctica sanitaria dominante, en el periodo anterior, que respondía a las necesidades de

materias primas, se evolucionó a una práctica de salud más centrada en las necesidades de las enfermedades del individuo- atención médica.

Para entonces, la salud pública se dividió entre lo curativo y lo preventivo, consolidándose en este período el reconocimiento de la importancia de los servicios de Enfermería técnicamente competentes para la prestación de servicios de salud, tanto en el área hospitalaria como en la medicina preventiva.

No obstante, bajo esta perspectiva fueron identificados acontecimientos que al parecer influyeron en la evolución de la Enfermería, limitando y demarcando su desarrollo como profesión, en este caso mencionaremos algunos como la posición de la mujer en la sociedad y la apropiación de los conocimientos por la clase médica dominante.

Con relación al ámbito educativo, no se han obtenido datos referentes al número y tipo de escuelas existentes con anterioridad a 1949. Sin embargo, fue durante la Segunda Guerra Mundial cuando se intensificó en Latinoamérica la creación de escuelas de Enfermería, registrándose en este periodo la fundación en siete países y el aumento de estas instituciones en la región.

Tal es el caso de Brasil, que para 1933 contaba sólo con dos escuelas, pero en la siguiente década aumentó a 23, acontecimiento que se produce durante el periodo del “Estado Novo”. Ya en 1951 el país contaba con 25, de las cuales ocho estaban integradas a las universidades (PAIXÁO, 1952).

Otro aspecto limitante en el desarrollo de la profesión originado por la división del trabajo en los hospitales modernos, fue el aumento del número de auxiliares de Enfermería. A pesar de haber existido siempre en los hospitales un personal empírico, conocido como ayudante o sirviente de los servicios de Enfermería, observamos que en 1950 este grupo ocupacional obtuvo un reconocimiento como parte del equipo de trabajo en el área de la salud.

Por consiguiente, los cursos formales para su preparación se iniciaron e intensificaron siendo reconocidos por el Ministerio de Educación y de Salud. Por otra parte, a pesar del acrecentamiento de las escuelas de Enfermería, el número de aspirantes a la carrera aumentó lentamente, como consecuencia de una desvalorización laboral de la enfermera por parte del mercado de trabajo. En este contexto, el presupuesto salarial para Enfermería era inferior,

tanto en el área hospitalaria como de salud pública, proyectando un escenario poco estimulante para incursionar en la preparación profesional en esta carrera.

Podemos observar que la situación descrita en este periodo no difiere mucho de lo que el profesional de Enfermería debe experimentar en la actualidad, ya que continúa siendo una profesión que debe ejercer sus funciones en un medio ambiente laboral hostil, sin contar con las condiciones adecuadas, incluyendo el déficit de recurso material y humano lo cual incrementa las actividades y por consiguiente la sobrecarga laboral. Aunado a esto, las remuneraciones muchas veces no corresponden con la realidad económica y social de algunos países latinoamericanos, perjudicando la calidad de vida de estos profesionales.

Como consecuencia del aumento de auxiliares de Enfermería en el área laboral y la baja demanda de aspirantes a la carrera, surgieron algunos cambios en la práctica y en la formación profesional. Por esta razón, a partir de este momento las enfermeras comenzaron a ocupar cargos administrativos, de supervisión y enseñanza, lo cual generó la incorporación de los cursos de posgrado en estas mismas áreas y la salud pública. Asimismo, las escuelas incluyeron en sus currículos las experiencias prácticas que se desarrollaron en el sector salud.

Finalmente, en el periodo 1960 hasta 1979 ocurren varias crisis (en 1967, 1973 y 1979) en la economía de los países Latinoamericanos, caracterizadas por la reducción del crecimiento del producto interno y de la importación, disminución en las inversiones de capital, aumento de la deuda externa y desempleo.

En relación con este acontecimiento, las crisis sucesivas y el hecho de que el crecimiento industrial logrado no haya provocado las modificaciones esperadas en la estructura global, ocasionaron una situación de desequilibrio entre un alto nivel de demandas y una escasa oferta de oportunidades. Por lo tanto, observamos que en este periodo la práctica de salud continúa la hegemonía de la atención médica sobre la práctica preventiva, evidenciándose un porcentaje muy alto de gastos públicos en salud destinados a servicios curativo s principalmente en áreas hospitalarias.

No obstante, en el decenio de 1970, cuando surgieron las primeras políticas de extensión de la cobertura de los servicios de salud a las poblaciones rurales, comenzaron a emerger una serie de críticas a este tipo de atención. En un informe sobre salud del Banco Mundial (1975) aparece la siguiente afirmación:

> Para aumentar la eficacia de los recursos y asegurar un acceso más equitativo a los cuidados de salud es necesario que los gobiernos reduzcan sus gastos en

> hospitales y personal altamente calificado y dediquen más recursos a dotar de personal los servicios de salud de menor nivel ...

A partir de este momento, los cambios que ocurrieron en la práctica de salud se oficializaron cuando los Ministros de Salud del Continente establecieron como una de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1972-1981 la ampliación de la cobertura con servicios mínimos integrales a todos los habitantes que residen en comunidades de menos de 2,000 habitantes (OPS, 1973).

En 1977 la 30ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud aprobó una resolución en la cual se estableció como meta de los Gobiernos y de la OMS la "Salud para todos en el año 2000" (OMS, 1978) dando así un carácter universal a la extensión de la cobertura. En este contexto, la Declaración de Alma-Ata en 1978 (OMS, 1978) afirmó que para alcanzar esta meta la APS era la estrategia clave. Es así como en todos los niveles y programas de salud la extensión de la cobertura a las zonas rurales utilizando la estrategia de la Atención Primaria asumió un carácter prioritario.

Un dato interesante de este periodo, es que los cambios proyectados o iniciados en la práctica de salud repercutieron en el sector educacional. Es así como surgieron una serie de críticas a las instituciones educativas y al elevado costo de la formación de personal. Por lo tanto, una serie de medidas tendientes a una readecuación del sistema formador a los requerimientos de la nueva práctica de salud y disminución del costo de la educación, fueron recomendadas.

Dentro de estas medidas se tomaron en consideración la integración docencia-servicio, el servicio social rural para las carreras del área de la salud, la educación informal, la preparación de personal a gran escala, la auto instrucción y la enseñanza extramural.

Con respecto a la práctica de Enfermería, esta continuó centrada en los hospitales, pero con una tendencia al cambio del enfoque administrativo por el enfoque clínico. De la misma forma, aparecieron los cursos de especialización en Enfermería materno infantil, médico quirúrgica y psiquiátrica. La formación de enfermeras se integró al sistema de educación superior, se estableció un nivel intermedio dentro de la educación (Técnicos en Enfermería) y los cursos de auxiliares fueron reestructurados y en muchos países se incorporaron al curriculum educacional.

Ahora bien, en 1970 existían en Latinoamérica 257 escuelas de Enfermería, de las cuales 124 exigían como requisito de ingreso estudios preuniversitarios (12 años de

escolaridad) y 133 exigían el primer ciclo secundario (9 años de escolaridad). Para este momento, del total de las escuelas identificadas, 73 estaban en las universidades. Por otra parte, podemos observar el aumento significativo del número de escuelas de Enfermería a nivel de educación superior, ya que, en 1949 representaba el 19% de las existentes, en 1959 el 26% y para 1970 alcanzó casi el 50% (OPS, 1972).

Segundo a OMS (1974), paralelamente a las críticas, aparecieron una serie de innovaciones en la práctica y la formación del personal de Enfermería. En 1974 la OMS pública un informe sobre Enfermería y salud de la comunidad donde se recomiendan cambios fundamentales tanto en la práctica como en la formación del personal, orientando la planificación, organización de los servicios y la educación hacia los problemas básicos de la comunidad. Este panorama, evidencia un esfuerzo por parte del profesional de Enfermería por asumir el liderazgo en los programas de Atención Primaria y el inicio de la preparación en esta área para redefinir sus funciones en el campo de la salud.

Para finalizar, en 1978 un grupo de enfermeras, médicos y odontólogos se reunieron bajo los auspicios de la OPS para determinar la posición correspondiente a Enfermería frente a la problemática de atención de salud en Latinoamérica. Por lo tanto, en el documento obtenido se determinó que las responsabilidades incluían la coordinación de las acciones de salud en el primer nivel de atención del sistema institucional, asumiendo en este contexto un compromiso con la Atención Primaria de Salud (OPS, 1978).

En el área de la educación, se inició la reformulación de los currículos hacia la salud de la comunidad y la preparación de enfermeras para la Atención Primaria, incluyéndose la extensión de sus funciones en relación con medidas terapéuticas y de diagnóstico. Las mismas innovaciones señaladas anteriormente en el campo de la educación en salud en general, aparecieron en la educación de Enfermería (integración docencia-servicio, educación informal, auto instrucción, enseñanza extramural, preparación de personal a gran escala, servicio social para egresadas, e otros).

Asimismo, el estudio “Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte*”* (YAÑEZ, 2015) nos confirma que través de los años, la profesión de Enfermería ha evolucionado, adaptándose a los diferentes momentos de la historia. Por esta razón, podemos definirla como una ciencia y un arte que ha sabido apropiarse del conocimiento para dar

respuesta a los diversos retos que se han planteado en el transcurso del tiempo y continúa construyendo sólidas bases para el conocimiento científico.

Por consiguiente, la Enfermería pasó de ser un oficio inherente al género femenino, de proporcionar cuidados empíricos, a la construcción de las primeras teóricas en el siglo XIX con los aportes de Nightingale, fortaleciendo las bases del conocimiento con los aportes teóricos de los diferentes paradigmas. Así, llegó a convertirse en una ciencia con un cuerpo propio de conocimientos que se fortalece especialmente en los centros de formación profesional y que con la llegada de las nuevas tecnologías se ha sabido adaptar para enfrentar los retos que se le plantearon a través de su evolución (YAÑEZ, 2015).

Particularmente no Brasil, para Germano (1983), a contextualização da evolução histórica da ideologia da Enfermagem tem origem desde sua origem, significando abnegação, obediência, dedicação. Isso marcou profundamente a profissão de Enfermagem já que a enfermeira era considerada como alguém disciplinado e obediente e que não exerça a crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade. Acrescenta ainda a importante atuação que a escola desempenha na formação da enfermeira principalmente mediante da ética que aí se ensina, reforçadora de toda essa ideologia, sem contar a presença predominante na Enfermagem do elemento do sexo feminino, grupo já discriminado pela própria sociedade.

Contraditoriamente a imagem da enfermeira em um outro panorama é comentada por Donoso e Donoso (2016) ao afirmarem que a imagem que a sociedade constrói dessa profissional é permeada por estereótipos que incluem figuras como anjos, religiosas, prostitutas, feiticeiras, heroínas e se relacionam à função de auxiliar do médico e também à falta de vida social. Ademais, tais estereótipos podem levar a uma visão distorcida da realidade da profissão, refletindo na visibilidade da mesma. Ressaltam também que a visibilidade da Enfermagem encontra-se relacionada às questões como a trajetória histórica da profissão, a falta de reconhecimento de sua cientificidade, a veiculação errônea na mídia e, ainda, a sobrecarga de trabalho de seus profissionais.

Além disso, segundo Germano (1983), no Brasil a Enfermagem se inicia no período colonial, a partir do seu descobrimento em 1500, quando os jesuítas, na missão de catequizar os índios brasileiros e facilitar a dominação pelos europeus, introduziram alguns costumes e influências que contribuíram para a degradação da raça e da cultura indígena do Brasil.

Assim, os novos hábitos aumentaram a mortalidade infantil, causou o aparecimento de doenças, principalmente a disseminação das epidemias.

Uma realidade que, na nossa compreensão, talvez tenha influenciado o surgimento da Enfermagem, ainda que de acordo Germano (1983), não desconheça ter sido os próprios índios os primeiros a se ocuparem dos cuidados aos que adoeciam em suas tribos a partir da atuação dos feiticeiros, pajés e curandeiros, mas, com a colonização, outros sujeitos assumiram também essas responsabilidades, como os jesuítas seguidos, posteriormente, por religiosos, voluntários leigos e escravos selecionados para tal tarefa.

Concretamente, é nesse contexto que surge assim a Enfermagem com fins mais curativos que preventivos e exercida no início, ao contrário de hoje, praticamente por pessoas apenas do sexo masculino.

No período de 1543, as primeiras Santas Casas de Misericórdia foram fundadas para recolhimento de pobres e órfãos, pois assim eram concebidas na época. E, no sentido de reforçar a finalidade desse hospital naquela época Foucault (1984 p. 101-02) faz um resgate histórico afirmando que:

> Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres... O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. [...]. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento de morte [...]. Tinha função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população.

A Enfermagem aí exercida tinha um cunho essencialmente prático; e as “funções” da enfermeira eram excessivamente simplificadas no exercício das suas ações e atividades como enfermeira; por outro lado, não havia exigência qualquer nível de escolarização para aqueles que as exerciam. Portanto, contando como voluntários e escravos para o cuidado aos doentes, assim como os religiosos também prestavam assistência e faziam supervisão das atividades da Enfermagem.

Somente no meado do século XVIII foram criados os hospitais militares, muitos deles com verbas oriundas do próprio salário dos soldados, que concediam desconto de suas folhas de pagamento para tal fim.

Diante do contexto da finalidade dos hospitais marítimos e militares Foucault (1984 p. 103-04) comenta que:

> Esta hipótese de que o hospital primeiramente se medicalizou por intermédio da anulação das desordens de que era portador pode ser confirmada pelo fato de a primeira grande organização hospitalar da Europa se situar, no século XVII, essencialmente nos hospitais marítimos e militares. O ponto de partida da reforma hospitalar foi não o hospital civil, mas o hospital marítimo. [...]. Se os hospitais militares e marítimos se tornaram o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade.

Criação das primeiras Escolas de Enfermagem e o ensino da Enfermagem no Brasil

Ao fazermos um estudo histórico sobre a Enfermagem no Brasil, ressaltamos dois aspectos que entendemos que merecem atenção no discurso produzido: o sentimento de religiosidade e a preocupação com o social. Deve-se esse certo exagero de religiosidade como condição primordial ao bom desempenho da profissão de Enfermagem, em parte ao fato de ter sido conduzida ao longo dos séculos por religiosos. Mesmo após a sistematização do ensino da Enfermagem no Brasil, já no começo do século XX ainda assim persistiu grande vinculação com ordens religiosas, quer na orientação de alguns serviços de Enfermagem, quer na manutenção de escolas de níveis médio superior.

Diante disso, para Gussi e Dytz, (2008), a religião ocupa um lugar privilegiado na história da Enfermagem brasileira. O Brasil tem uma raiz colonizadora religiosa que marcou profundamente a organização do Estado e, em particular, a organização da assistência à saúde, quer controlando o ensino quer exercendo uma função caritativa, mantendo sob sua responsabilidade administrativa a maioria dos hospitais, principalmente os destinados a indigentes. Uma herança advinda da disseminação do pensamento cristão que transformou o cuidado aos doentes, antes somente realizado por mulheres, uma peculiaridade a condição feminina, uma das formas de caridade adotadas pela igreja e que conjuga com a história da Enfermagem. Com esses ensinamentos de amor e fraternidade entendemos que talvez tenham influenciados na transformação não somente a sociedade, mas no desenvolvimento da Enfermagem, marcando, ideologicamente, a prática de cuidar do outro e modelando comportamentos que atendessem a esses ensinamentos.

Por outro lado, a preocupação com o social, bastante enfatizada a partir da década de 1970 não tem um sentido muito diferente do que fora abordado sobre religiosidade. Vimos no estudo de Germano (1983), relativo aos anos subsequentes essa preocupação social. Porém, quando faz alguma referência, traduz uma análise superficial da realidade, considerando a

sociedade como algo abstrato, inclusive omitindo a existência das classes sociais ou uma formação social específica. Ademais, o social a que Enfermagem se refere está estritamente relacionado ao servir.

Mas, contraditoriamente, a respeito do social, o estudo de revisão de Muniz e Tavares (2011) faz referência que a prática da Enfermagem evidencia uma preocupação com o social. Apesar disso, na maioria das vezes, tal preocupação mostra-se de forma superficial. Ao abordar a valorização da atitude de compromisso social, ela é comparada a outras, reforçadas na profissão, dentre elas a valorização da Enfermagem como Ciência e campo profissional. Na realidade, vemos que há na Enfermagem certo consenso em relação à atitude profissional, onde se preconiza o compromisso social.

Embora não se possa estabelecer uma relação mecânica entre a Escola e a estrutura social, entendemos que não é possível, por outro lado, fazermos uma análise da evolução do ensino de qualquer área do conhecimento e, nesse caso, da Enfermagem, numa época determinada, sem a compreensão das bases estruturais da sociedade.

Discutir neste momento o Ensino de Enfermagem no Brasil ao longo do período 1923-1980, para Germano (1983), significa voltar ao final do século XIX , quando, em 1890, foi oficialmente instituído com a criação da primeira Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, conforme o Decreto n. º 791 de setembro de 1890, do Governo Provisório da Segunda República, a Escola Alfredo Pinto, que nasce no próprio Hospício Pedro II, também chamado Hospital Nacional de Alienados, com o objetivo primordial preparar pessoal para o trabalho com os doentes mentais, uma vez que as irmãs de caridade, responsáveis por essa tarefa, haviam abandonado o hospício por incompatibilidade com o seu diretor.

Por conseguinte, a Enfermagem, desde suas origens institucionais na sociedade brasileira do século XIX, apresenta-se como uma forma do Estado intervir diretamente nas ações do cuidar. Portanto, concordamos com Kletemberg e Siqueira (2003), que a Enfermagem brasileira não pode ser desligada do contexto histórico em que foi produzida, face às condições de saúde da população e aos movimentos sociais que se organizaram em torno da questão da saúde no Brasil.

Os aspectos históricos sobre da educação da Enfermagem brasileira resgatado pelo estudo de Germano (1983), “Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil” deixa

delimitado que em 1901-1902 foi iniciado um curso de Enfermagem em São Paulo, no Hospital Evangélico, hoje Hospital Samaritano, sob orientação de enfermeiras inglesas, tendo como objetivo precípuo preparar pessoal para essa instituição. As discentes eram descendentes de famílias estrangeiras do sul do país; e as suas aulas eram ministradas em inglês uma vez que o hospital destinava-se ao atendimento de estrangeiros.

Em 1916, o estudo de Leonello e outros (2011), fez referência sobre a criação da Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha brasileira para treinar socorristas voluntários e, em 1920, nessa mesma Escola, foi criado o curso de visitadoras sanitárias. Nesse momento, novas escolas e cursos de Enfermagem foram criados, todos com a mesma intenção, ou seja, atender as necessidades emergenciais de saúde pública do país naquele momento.

Por outro lado, é notório que o ensino da Enfermagem moderna no Brasil teve seu início inteiramente relacionado à necessidade do Estado em controlar as epidemias e endemias que punham em risco as populações dos centros urbanos e as relações comerciais brasileiras com os países consumidores de seus produtos.

Inclusive Leonello e outros (2011) sustentam que o marco inicial foi a criação, em 1923, da primeira Escola de Enfermagem moderna no país, a Escola de Enfermeiras Profissionais do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), por meio de uma missão de enfermeiras norte-americanas lideradas por Ethel Parsons que em 1926 passou a se chamar Escola de Enfermeiras Anna Néri, criada segundo ‘padrões nightingaleanos’, sendo considerada a primeira Escola de Enfermagem moderna no país, atualmente, Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), cujo objetivo era formar enfermeiras que atuassem junto à população, difundindo a educação sanitária. O currículo estava direcionado para conteúdos e atividades preventivas, com ênfase nas ações educativas em saúde.

Não obstante, segundo Leonello e outros (2011), a realidade daquela época mostrava que enquanto os problemas de saúde encontravam-se no âmbito da Saúde Pública, os currículos dos cursos da área da saúde, não só da Enfermagem, tinham concentrado uma densa carga horária nas disciplinas altamente especializadas no campo da Medicina curativa, tornando-se um modelo hegemônico no ensino de Enfermagem. Temos, portanto, a Enfermagem e a Medicina curativas, totalmente fortalecidas com um capitalismo favorável ao

consumo desmedido de medicamentos, bem como a indústria de equipamentos medico-cirúrgicos, fundamentais às empresas de saúde.

Todavia, segundo Pagliosa e Ros (2008), diante a situação emergente daquela época com o aparecimento e crescimento das doenças pestilenciais e infectocontagiosas, o crescimento da aglomeração urbana devida o êxodo rural com a população vivendo em condições insalubres nas periferias dos centros urbanos sem saneamento ambiental, e em condições inadequadas de moradias, houve uma preocupação inicial com o processo saúde-doença, numa mudança de olhar numa abrangência não apenas curativa, mas complementada com as ações de prevenção da doença e promoção da saúde, apesar de seus limites e dificuldades diante do modelo de formação da enfermeira no "modelo flexneriano" de 1910, ainda com certa hegemonia na formação e práticas dos profissionais de saúde.

No âmbito do Ensino da Enfermagem são visíveis as medidas de ordem legal de uma organização curricular voltada prioritariamente para os problemas de saúde da minoria da população, em detrimento das graves questões da maioria, das chamadas classes subalternas da sociedade, característica do ensino ministrado nas escolas de Enfermagem, mesmo quando se trata da Saúde Pública.

Desde a década de 1980 o estudo de Germano (1983) já criticava que os programas desenvolvidos eram atrelados, incondicionalmente, às políticas de saúde implementadas pelo Estado sem maior questionamento de seus objetivos.

Por outro lado, mesmo assim, na prática não eram desenvolvidas ações preventivas, particularmente na Saúde Pública, aquelas de maior realce, uma realidade ainda hoje visível na nossa prática, apesar de alguns avanços com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), culminando com o Sistema Único de Saúde.

Do mesmo modo, a respeito das mudanças curriculares de Enfermagem, Oliveira, Lima e Baluta (2014) comentam que a temática sobre a formação da enfermeira tem como referência as reformas educacionais que regulamentaram o encaminhamento das ações educativas desde a criação da primeira escola de Enfermagem, no Brasil, em 1890, até o final do século XX. O estudo da formação dessa profissional está articulado às interpretações das determinações legais e, em particular, das Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1968, Lei nº 5540 de 1996 e Lei nº 9394, nos capítulos referentes ao ensino superior, haja

vista a articulação do propósito das leis com a definição de uma política de formação em Enfermagem correlacionada ao desenvolvimento do ensino superior no país.

Diante deste contexto, vemos inclusive reforçado pelo estudo de Silveira e Paiva (2011), que historicamente a Enfermagem brasileira reproduziu e ainda traz resquícios do modelo norte-americano de assistência e ensino assumidos do paradigma de compreensão do processo saúde-doença como biologicista, individual e curativo, adentrando como forma de organização do trabalho o tecnicismo, que exigia a formação de pessoal para compor a equipe de saúde. Mas ressaltam que, embora houvesse a necessidade de formação de enfermeiras nos moldes da Saúde Pública, o curso na época valorizava a formação hospitalar, e a maioria das pessoas formadas era "moldada" para atuar na área hospitalar.

Além do mais, esses autores ainda sinalizaram que o ensino da Enfermagem tem sido marcado, ao longo dos anos pela constante implementação de mudanças curriculares nos cursos de graduação e por discussões de propostas pedagógicas influenciado pela evolução do contexto histórico e social da sociedade brasileira. Por sua vez, o perfil das enfermeiras sofreu significativas mudanças, em decorrência das transformações no quadro político-econômico-social da educação e da saúde no Brasil e no mundo.

Por conseguinte, segundo Lima (1994), a necessidade de mudanças na formação da enfermeira é reconhecida por todos os envolvidos nessa questão, docentes, discentes e enfermeiras. Uma realidade que não é nova, pois vemos que desde o final da década de 1980, essa constatação tem sido reforçada por diversos acontecimentos no contexto da sociedade brasileira.

Aparentemente é um contexto que mostra como é o ensino na área da saúde e, mais especificamente, o ensino de graduação em Enfermagem, desvinculado da realidade do país, baseado em um modelo que, tradicionalmente, está voltado para a assistência hospitalar individual, centrada em especializações. Diante deste panorama da saúde, torna-se urgente e necessária a efetivação das políticas públicas da educação superior, na perspectiva às mudanças dos cursos de graduação redirecionados na formação dos trabalhadores de saúde, e dos serviços de saúde, tendo em vista a incorporação e valorização da APS/ABS da prática de saúde.

No contexto do Brasil, a Lei Nº 9.394 de 20 de dezembro (BRASIL, 1996) estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional e, em relação à Educação Superior, o Capítulo IV

em seu Artigo 43, refere-se à finalidade da Educação Superior, ao considerar a formação de diplomados nas diferentes áreas do conhecimento aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira; colaborar na sua formação contínua, além de também promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade; comunicar o saber por meio do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação; estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais; e prestar serviços especializados à comunidade, estabelecendo uma relação de reciprocidade.

Ademais, atendendo essa Lei, o Conselho Nacional de Educação (CNE) e a Câmara de Educação Superior (CES) criam a Resolução Conselho Nacional de Educação/Conselho Educação Superior nº 3, de 7 de novembro (BRASIL, 2001), e no seu Artigo 1º a Resolução institui as DCN do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Esta mesma Resolução, no seu Artigo 3º alude que o Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil da formanda egressa/profissional, uma enfermeira com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo uma profissional qualificada para o exercício de Enfermagem com base no rigor científico e intelectual pautado em princípios éticos, mas também 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 e capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania como promotor da saúde integral do ser humano.

Além disso, o Artigo 4º (BRASIL, 2001) refere que a formação da enfermeira tem por objetivo dotar a profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais como a atenção à saúde, e assim para estar apta a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Todavia, cada enfermeira, como profissional, precisa assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Porém compreendemos que essa profissional necessita realizar seus serviços

dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ético-bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolubilidade do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2001).

Ademais ressaltamos que os cursos de graduação em Enfermagem tem que ter uma atenção ao preparar as enfermeiras, considerando o Artigo 5º dessa Resolução (BRASIL, 2001), ao determinar as competências e habilidades específicas tais como, atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso, do mesmo modo, responder às especificidades regionais de saúde com intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades, bem como, promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus "pacientes"/usuários quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social.

As referidas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001), inclusive explicitam alguns dos seus objetivos como identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes; intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade; planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.

De acordo com o Parágrafo Único das DCN do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001), a formação da enfermeira precisa atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

No seu Artigo 6º, a respeito dos conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem, eles "devem" estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e demais grupos da comunidade e integrado à realidade epidemiológica e

profissional, no sentido de proporcionar a integralidade das ações do cuidado de enfermagem**.** Os conteúdos necessitam também contemplar as Ciências Humanas e Sociais com as diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

Enfim, os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos na graduação da enfermeira possibilitam conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região. Além disso, o conjunto de competências, conteúdos e habilidades precisa promover no processo de formação acadêmica da graduanda de Enfermagem e da enfermeira a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Mediante tal perspectiva, na formação da enfermeira, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Quanto à estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem explicitada no Artigo 14 (BRASIL, 2001), é preciso assegurar as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação da enfermeira, de forma integrada e interdisciplinar considerando:

- a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule essa profissional a refletir sobre a realidade social e aprender a aprender;

-a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber;

-o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender,

-o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação da enfermeira.

Finalmente, para fins desta pesquisa, fazemos menção ao Artigo 15 dessa Resolução ao declarar que a implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares ‘devem’ orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que necessitarão

ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Para tanto, é preciso que compreendamos outro aspecto relevante desta pesquisa, fazendo uma reflexão a respeito do termo currículo. Neste sentido, em conformidade com Padovani e Corrêa (2017), o currículo pode ser considerado, no seu sentido lato, como conjunto de aprendizagens proporcionadas pela escola e consideradas socialmente necessárias num dado tempo e contexto.

Autor como Masetto (2011) ao definir o currículo como uma proposta educacional de cada instituição, composta por um conjunto de conhecimentos, vivências, **competências e habilidades** (destaque nosso), de atitudes e valores e de relacionamento dos envolvidos; que o currículo, além de seu caráter de ordenação da experiência e sistematização formal, é um processo com diversas interferências, reelaborado em função de tempos, espaços e contextos, extrapolando a visão de um produto, de um plano ou de um conjunto de ações.

Num sentido mais amplo, Zabala (2002), Padovani e Corrêa (2017) entendem que a escolaridade e o mercado de trabalho influenciam diretamente os currículos. Uma lógica do modelo capitalista imperante diante de seus poderes econômicos, políticos e corporativos, favorecendo assim a reprodução do sistema com currículos engessados em conteúdo, cujos núcleos centrais de ensino e de avaliação reafirmam a produtividade e não estão ligados à formação.

A este respeito, compreendemos que é um currículo que está voltado para formar trabalhadores e não cidadãos, que preparam para uma profissão já dependente da fragmentação do saber, ao comportamento rotineiro e à obediência ao trabalho.

Vemos que tal realidade não está distante do campo da Enfermagem, uma vez que traduz um modelo fragmentado de currículo (maioria dos cursos), caracterizado pela existência de um núcleo de disciplinas básicas e outro de profissionalizantes, com foco na especialidade, além de práticas centradas na clínica hospitalar e ambulatórios especializados, conforme sustentam Machado, Vieira e Oliveira (2015) ao priorizar o atendimento às condições agudas e a agudização das doenças crônicas, levando a uma formação distante da realidade, ao passo que se deveria pensar e incentivar a aproximação logo na graduação, com o incentivo de metodologias de ensino apropriadas para o desenvolvimento de conhecimento, habilidades e atitudes.

Tendo como marco a Constituição Federal no Brasil (BRASIL, 1988) que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, com prerrogativas de mudança nas práticas assistenciais que considerem a promoção da saúde e prevenção de agravos para além da recuperação, os modelos de atenção à saúde necessitam ser repensados. A partir deste pressuposto, diversas discussões foram realizadas sobre a questão da necessidade de mudanças e a Enfermagem no Brasil inicia um movimento de repensar a formação de profissionais com perfil para atender às demandas do novo sistema de saúde do país.

O estudo de Mattia, Kleba e Prado (2018) cita Mitre e outros (2008) ao afirmarem que tempos depois esse movimento culminou com a reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem.

Portanto, com tal proposta, o ensino superior brasileiro, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, iniciou a reestruturação de seus princípios filosóficos, políticos, metodológicos e conceituais norteadas por projetos pedagógicos que viabilizem o ensino vinculado ao mundo do trabalho e à realidade cotidiana das práticas sociais, permitindo o desenvolvimento de habilidades e competências enquanto produção multidisciplinar, cultural, científica e técnica, tendo como eixo central do currículo o cuidado de enfermagem, em seus diferentes sentidos, significados e dimensões.

Ademais, a organização curricular, segundo o Ministério da Educação (BRASIL, 1996) estrutura-se em módulos que explicitam as articulações dos diferentes saberes, constituídos por conjuntos de disciplinas ou disciplinas individuais, com vistas a definir os conhecimentos essenciais à formação inicial da enfermeira generalista.

Neste âmbito, entendemos que o processo de trabalho da enfermeira é pertinente às esferas gerencial e assistencial, passando pelo ensino e a pesquisa, que estão diretamente ligados às práticas do cuidado, tornando-a, dessa forma, segundo Treviso e outros (2017), uma gerenciadora do cuidado e por esta razão, requer sua competência profissional.

Porém, para responder a essas necessidades de formação, de acordo Padovani e Corrêa (2017), a maioria das Universidades que faz reformulações dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs) dos cursos de Enfermagem e, consequentemente, de seus currículos, segue o modelo da formação crítico-reflexiva, tendo em vista a pretensão de formar uma profissional generalista, crítica e reflexiva, capaz de trabalhar em equipe, tomar decisões e intervir no processo saúde-doença, considerando o perfil epidemiológico local e promovendo

cuidados de Enfermagem de forma humanizada, tendo como responsabilidade a atualização constante de suas competências. Uma realidade paradoxal, pois a “teoria é uma e a prática é outra”.

Além disso, de acordo com Nunes e outros (2016) é importante que a enfermeira durante o processo de sua formação desenvolva habilidades, conhecimentos e atitudes para a realização de ações assistenciais e gerenciais, pois elas permeiam sua prática. Para isso, as instituições de ensino precisam ter a preocupação de elaborar um projeto político- pedagógico que vise atender as suas necessidades.

Enquanto isso, a proposta do currículo integrado na Enfermagem, segundo Padovani e Corrêa (2017), prevê a formação articulada ao mundo do trabalho, rompendo com os parâmetros do currículo disciplinar, possibilitando ao discente uma nova experiência de aprendizado, pautado na aprendizagem significativa e no princípio da interdisciplinaridade com vistas a formar profissionais capazes de refletirem criticamente e compromissados com a construção de um SUS mais humano e integral, o que poderá levar a discente a desenvolver a competência do cuidado integral às necessidades individuais e coletivas (centrado na Atenção Básica à Saúde). Ao mesmo tempo, também poderá instigar a discente a refletir sobre as situações vividas no contexto do trabalho em saúde, proporcionando a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes, de maneira autônoma e responsável- currículo inovador de Enfermagem.

O currículo inovador de Enfermagem é definido por Netto, Silva e Rua (2018), ao trazer mais possibilidades de produção do conhecimento por inserir o discente nos problemas cotidianos da sociedade, favorecendo o avanço intelectual ao considerar o contexto além de aspectos individuais. Estratégias pedagógicas que dispõem de comunicação efetiva, aporte teórico, pro atividade, ação, reflexão e conscientização são ferramentas necessárias ao docente e experimentada pelo discente. Assim, a formação da enfermeira poderá possibilitar assumir compromisso com a responsabilidade social em prol da cidadania, autonomia e empoderamento profissional e institucional.

A respeito de tais argumentos, as competências são consideradas parte essencial do currículo e da formação profissional da Enfermagem. Neste sentido concordamos com Perrenoud (1999) que a competência é uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. Dessa

forma, para enfrentar uma situação da melhor maneira possível, é preciso, via de regra, pôr em ação e em sinergia, vários recursos cognitivos complementares, entre os quais estão os conhecimentos.

Para Perrenoud (1999) quase toda ação mobiliza alguns conhecimentos, algumas vezes elementares e intermitentes, outras vezes complexos e organizados em redes. Deste modo, as competências manifestadas por essas ações não são, em si, conhecimentos; elas utilizam hipóteses, ou mobilizam tais conhecimentos. Portanto compreendemos que uma competência nunca é a implementação "racional" pura e simples de conhecimentos, de modelos de ação ou de procedimentos, por isso, formar em competências não pode dar as costas à assimilação de conhecimentos, pois a apropriação de numerosos conhecimentos não permite, *ipso facto,* sua mobilização em situações de ação.

Por outro lado, para Zabala e Arnau (2010), o termo competência representa a alternativa que supera as dicotomias memorizar e compreender; conhecimentos e habilidades; teoria e prática. E, por isto, entendemos que a melhoria da competência poderá interferir na capacidade de refletir sobre sua aplicação, mas, para alcançá-la, é necessário o apoio do conhecimento teórico. Além disto, o objetivo essencial da educação por competência é o desenvolvimento pleno da pessoa- Educar para a vida, o que requer muito mais do que informar e compreender a informação.

Ao falarmos em competência, citamos Perrenoud (1999) que faz referência sobre a existência, de um modo geral, de três noções falsas sobre competências:

1-fala-se, às vezes, em competências apenas para insistir na necessidade de expressar os objetivos de um ensino em termos de condutas ou práticas observáveis, ou seja, retoma-se a "tradição" da pedagogia do domínio ou das diversas formas de pedagogia por objetivos;

2-outro significado comum é a oposição existente entre a noção de competência e de desempenho: o desempenho observado seria um indicador mais ou menos confiável de uma competência, supostamente mais estável, que é medido indiretamente;

3- a terceira concepção clássica considera a competência uma faculdade genérica, uma potencialidade de qualquer mente humana.

Particularmente, Zabala e Arnau (2010) especificam que a competência, no âmbito da educação escolar, necessita identificar o que qualquer pessoa precisa para responder ao

problema aos quais será exposta ao longo da vida. Deste modo, a competência consistirá na intervenção eficaz nos diferentes âmbitos da vida, mediante ações nas quais se mobilizam, ao mesmo tempo e de maneira inter-relacionada, componentes atitudinais, procedimentais e conceituais.

Contudo, Zabala e Arnau (2010) defendem que para ensinar competências primeiramente é necessário se trabalhar o contexto de situações e problemas reais. Por isso, o ensino por competências tem as seguintes características essenciais: a relevância do que vai ser ensinado; a complexidade da situação possuir um caráter procedimental; e a combinação dos componentes aprendidos, considerando a funcionalidade. Isso implica em atender a critérios específicos sobre o significado do que vai ser ensinado, de sua complexidade, dos procedimentos a serem usados e dos componentes envolvidos, bem como os compromissos a serem assumidos.

Nesta lógica, no pensamento desses autores, eles reforçam que o ensino, tendo em vista o desenvolvimento de competência, precisa considerar os procedimentos metadisciplinares, interdisciplinares e de cada disciplina individualmente. Portanto, o núcleo de disciplinas é um suporte ou núcleo para a organização curricular. Ademais, a análise do exercício profissional na realidade oferece o conhecimento dos domínios de conhecimentos e domínios de habilidades que precisam compor as competências dos discentes que são formados para uma dada profissão.

Diante tal entendimento, Perrenoud (1999), comenta que a construção de competências é inseparável da formação de esquemas de mobilização dos conhecimentos com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma ação eficaz, já que os esquemas de mobilização de diversos recursos cognitivos em uma situação de ação complexa desenvolvem-se e estabilizam-se ao sabor da prática.

Para Machado e outros (2017) o conceito de competência é polissêmico e, de maneira geral, apresenta-se associado à ação. A competência, para além da mobilização de recursos, conhecimentos, habilidades e atitudes, possui características pessoais e profissionais na resolução de problemas, o que evidencia a busca pela excelência, traduzida na prática como objetivo principal do exercício adequado das competências profissionais.

Da mesma forma, concordamos com Filipouski e outros (2009, p. 70) ao indicarem que as “competências correspondem às ações e operações utilizadas para estabelecer relações

com e entre pessoas, objetos, situações ou fenômenos.” Os autores ainda ressaltam que o desenvolvimento de competências envolve um processo dinâmico ligado às relações do sujeito com as pessoas e o mundo que o cercam. Portanto esse desenvolvimento significa ser capaz de mobilizar saberes adquiridos para agir frente a diferentes situações. Em outras palavras, esse conceito está fortemente relacionado com a prática e envolve não só fazer, mas saber fazer.

Outra definição sobre competência é exposta por Marinho-Araujo e Almeida (2016) que a concebe com base os fundamentos da perspectiva histórico-cultural do desenvolvimento humano. Sob essa orientação, a noção de competência se expande à dimensão intersubjetiva, uma vez que considera a influência das relações histórico-culturais e os motivos sociais compartilhados nas atividades coletivas.

A ênfase em processos coletivos não minimiza capacidades, interesses, expectativas, projetos e aspirações particulares dos sujeitos; pelo contrário, de forma dialética, favorece a autonomia no sentido da emancipação das relações alienantes, fortalece opções solidárias e articula a formação educacional e profissional às dimensões ética e sociopolítica. Por tanto, caracterizar a competência nessa perspectiva ampliada significa incorporar uma historicidade individual e coletiva à consolidação de um processo de desenvolvimento pessoal e profissional competente e criticamente consciente.

Diante desse contexto, concordamos com Baldassare e Ciampone (2007, p.49) que na área da Enfermagem as competências são elementos indispensáveis para o gerenciamento do cuidado, principalmente em um contexto em que “as mudanças tecnológicas solicitam, cada vez mais o conhecimento especializado, exigindo da profissional capacidade de pensar, agir, interagir e decidir em um sistema complexo de informações e comunicação, usando a tecnologia de modo inteligente”. Competências estas necessárias como tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente.

Deste modo, para Vale e Guedes (2004) a construção de competências e habilidades para a área da Enfermagem faz parte de um conjunto de ações que visam à melhoria da preparação da enfermeira para enfrentar as transformações do mundo do trabalho. Com esse entendimento, as competências e habilidades desenvolvidas durante o processo de formação ‘necessitam’ privilegiar as condutas técnico- científicas, ético-políticas, sócio-educativas, de forma a permitir a futura enfermeira reconhecer a saúde como direito, atuando para garantir a

qualidade da assistência em todos os níveis de atenção à saúde, planejando, organizando, gerenciando e avaliando o processo de trabalho da Enfermagem - Saúde em parceria com outros profissionais do local de trabalho.

Da mesma forma, de acordo Mitre e outros (2008, p. 2135) é preciso "formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades".

Não obstante, comungamos com Witt e Almeida (2003) que o "papel" das competências é dicotômico, tanto no ensino como no trabalho da enfermeira. Por um lado, as competências expressam o que o trabalhador precisa ser capaz de fazer. Por outro, os currículos estabelecem as estratégias para construir essa capacidade de resolver os problemas emergentes no exercício da atividade produtiva para transferir os conhecimentos, as habilidades e destrezas, as quais divergem do mundo do trabalho. Entretanto, para esses autores, o importante não é levar o conjunto de trabalhadores a um estágio equivalente de desempenho, mas, sim, incorporar a contribuição dos trabalhadores na organização dos currículos, buscando construir uma análise integrada e participativa dos processos de trabalho.

A experiência como docente nos mostra um cenário divergente na prática, até porque presenciamos algumas mudanças de currículos e até então não presenciamos a participação de discentes. O que vemos é tanto a docente quanto a discente de Enfermagem atribuírem uma maior valorização ao Saber-Fazer, com valorização das técnicas e dos procedimentos, em detrimento do conhecimento científico.

Esta foi uma realidade também traduzida no estudo de Nunes e outros (2016) ao ressaltar que a discente de enfermagem possui um conceito de **Cuidar em Enfermagem** (destaque nosso) muito mais centrada na execução de tarefas e nas técnicas do que na cientificidade do Saber. Esta é uma percepção da profissão reforçada pelos autores que pode estar relacionada à forma como a Enfermagem é vista e percebida na sociedade, ou seja, como uma profissão tecnicista.

Mais uma vez, diante da nossa experiência docente, concordamos com tais autores quanto ao importante "papel" que o currículo poderá desempenhar na formação das enfermeiras. Neste sentido, os programas de graduação em Enfermagem precisam elaborar seus currículos com base nas necessidades dos contextos local e/ou regional e se estruturarem

por meio do processo ensino-aprendizagem, permitindo a discente adquirir conhecimentos, competências e habilidades para o desenvolvimento e cumprimento das atividades próprias da profissão e, por sua vez, reconhecer as atitudes e valores essenciais para estabelecer relações nos ambientes de trabalho.

Entretanto, na formação em Enfermagem ainda observamos currículos que apresentam uma estrutura fragmentada e focalizada na prática clínica, encaminhada a assistir pessoas com doenças agudas e crônicas, atendendo a um modelo assistencial predominantemente curativo, característico do sistema de saúde da maioria dos países da América Latina. Um modelo de sistema que desconsidera como prioritárias as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças para o melhoramento da qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades.

Não obstante, em algumas das PCs analisadas neste estudo deixam transparecer uma articulação, ainda que tímida, entre saberes e práticas da APS/ABS que possibilitam a discente de Enfermagem a realização adequada de atividades nas áreas assistencial, gerencial, ensino e pesquisa, todas elas vinculadas ao cuidado da pessoa como parte essencial da profissão, e orientadas para a manutenção, recuperação e autocuidado da vida a partir de uma relação terapêutica.

Da mesma forma, evidenciamos que, com a inclusão da humanização das práticas no currículo da Enfermagem, as Universidades se comprometem com a formação de um profissional que leve em consideração não só o cuidado clínico, mas também os sentimentos da pessoa a quem atende. Desta maneira, pretendem reduzir a formação de profissionais que cumpram uma “função” plenamente operacional e mecanizada.

Nessa ordem de ideias, concordamos que as competências éticas, científicas, técnicas, políticas e sociais são consideradas um elemento fundamental do currículo na formação do profissional de Enfermagem, pois permitem o desenvolvimento da capacidade para atuar em determinada situação a partir dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos. Ademais, prepara a futura enfermeira para a vida, possibilitando a resolução dos problemas, dando prioridade ao saber ser e fazer na Enfermagem.

Mediante o exposto, acreditamos que até este momento, os programas de formação profissional em Enfermagem têm um desafio a superar, pois percebemos no âmbito acadêmico que o discente ainda continua com um especial interesse e preocupação pelo saber fazer, ou seja, considera relevante a destreza e a habilidade durante o processo ensino-

aprendizagem para realizar os procedimentos do cuidado de enfermagem, muitas vezes sem atentar que tais ações tem todo um embasamento técnico-científico que os fundamentam.

Ao descrevermos anteriormente a construção histórica da formação da enfermeira, não podemos deixar de articulá-la com o processo de trabalho e a sua relação com o desenvolvimento das atividades da Enfermagem.

Portanto qual o entendimento que assumimos neste estudo sobre o trabalho? O trabalho pode ser caracterizado como um processo de transformação que ocorre porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas. Ao se falar em trabalho na saúde, uma outra característica central é sua intencionalidade, isto é, para Mendes-Gonçalves (1992) o trabalho depende de uma construção prévia de um projeto que o homem traz em mente desde o início do processo.

No sentido filosófico, para Marx e Engels (2007), o conceito de trabalho desde uma concepção histórica e material, permite rearticular a relação entre sujeito e objeto, mediante a versão de que os homens produzem a realidade inconscientemente. Esse conceito diferencia radicalmente o pensamento dialético de outros enfoques, permitindo redefinir as relações entre sujeito e objeto, entre subjetividade e objetividade. Deste modo, afirma-se que o mundo é criado pelos homens, embora não de forma consciente, o que permite explicar tanto a relação intrínseca entre eles quanto o estranhamento do homem em relação ao mundo e a distância deste em relação ao homem.

Esses autores compreendem que o mundo é produto do trabalho humano, como realidade histórica construída coletivamente pelos homens e que o homem é um ser histórico, o que é dado por sua capacidade de trabalho. Outrossim, o trabalho pode ser colocado no centro das condições de vida e consciência humana. Neste âmbito, o homem se diferencia dos outros animais por muitas características, mas a primeira, determinante, é a capacidade de trabalho. Enquanto os outros animais apenas recolhem o que encontram na natureza, o homem, ao produzir as condições da sua sobrevivência, a transforma.

Deste modo, a capacidade de trabalho faz com que o homem seja um ser histórico, isto porque cada geração recebe condições de vida e as transmite a gerações futuras, sempre modificadas – para pior ou para melhor. Embora tenha o potencial transformador da realidade, o que o homem mais recusa é trabalhar.

Todavia, segundo Marx e Engels (2007), a compreensão do processo de trabalho permite, ao mesmo tempo, a compreensão da origem da separação da teoria e da prática e das formas que permitem sua reconexão. Desde suas primeiras obras os autores identificam um papel para a categoria trabalho, porém inicialmente era apenas uma forma geral de luta do homem contra a natureza, como base de todas as sociedades humanas.

A partir deste momento, desenvolve-se a divisão do trabalho, que originalmente nada mais era do que a divisão do trabalho no ato sexual e, em seguida, divisão do trabalho que, em consequência de disposições naturais (por exemplo, a força corporal), necessidades, casualidades etc, acontece por si própria ou "naturalmente". Portanto, a divisão do trabalho só se torna realmente divisão a partir do momento em que surge uma divisão entre trabalho material e trabalho espiritual.

Além disso, com a divisão do trabalho verifica-se ao mesmo tempo a contradição entre o interesse dos indivíduos ou das famílias singulares e o interesse coletivo de todos os indivíduos que se relacionam mutuamente; e, sem dúvida, esse interesse coletivo não existe meramente na representação, como "interesse geral", mas, antes, na realidade, como dependência recíproca dos indivíduos entre os quais o trabalho está dividido (MARX; ENGELS, 2007).

De acordo com a percepção de Marx e Engels, a definição de trabalho fundamenta-se na produção material do homem que é o produto de seu esforço físico e intelectual. Isso define a sua existência como ser, portanto, essa produção é definida como a concepção materialista da história, onde o homem é catalogado de acordo a sua capacidade de produção. Ademais, a divisão do trabalho é representada como um processo no qual cada sujeito es participe de uma parte da produção do trabalho realizado.

Como vemos, está explícito neste entendimento que o processo de trabalho humano é antes de tudo o processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços (GONÇALVES, 1994). Além disso, Marx (2008) refere que o processo de trabalho possuiu diversos componentes: o objeto, foco da atividade que se irá exercer; como resultado obtém-se o produto; os instrumentos de trabalho; e, a atividade utilizada para alcançar o fim.

Outros elementos, segundo Sanna (2007), constituem o processo de trabalho, ou seja, quem realiza o trabalho (agente), o motivo pelo qual se faz o trabalho (finalidade), e o

produto, ou resultado final. Neste sentido, considera-se produto não tangível o conhecimento, as habilidades e as atitudes desenvolvidas pelo profissional para alcançar resultados em seu trabalho.

Tais afirmações são reforçadas por Thofehrn e outros (2011) ao explicitarem que o "saber-fazer" no processo de trabalho refere-se à dimensão do material, do racional, no qual as coisas são percebidas a partir do visível, do concreto, daquilo que ocupa um determinado espaço, cujo foco encontra-se no individualismo, nas particularidades, nas especialidades altamente desenvolvidas, ocasionando e direcionando a compreensão do todo.

Por outro lado, os autores complementam que o "saber-ser" refere-se à dimensão da subjetividade relacionada ao aperfeiçoamento da emocionalidade das pessoas com o aprimoramento do autoconhecimento, da autopercepção, do autocontrole, favorecendo a diversidade e riqueza dos talentos contidos em todos os seres humanos.

Neste contexto, o processo de trabalho em saúde, de acordo com Paim (2008), é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde.

Particularmente, o processo de trabalho em saúde, de acordo Theureau (1983), reúne um conjunto de atividades programadas e normatizadas, que se realizam a partir da base de cooperação e, além disso, em um cenário dinâmico e instável.

Assim, ao voltar à atenção para os processos de trabalho que se produzem cotidianamente nas instituições/serviços de saúde, Merhy (2002) comenta que o conjunto das intervenções assistenciais, além dos vários materiais, instrumentos e máquinas usados, também se mobilizam intensamente na construção de um modo de produzir tecnologias, a partir dos processos relacionais e de saberes.

A respeito do trabalho da Enfermagem concordamos com a definição de Kirchhof (2003) ao considerá-lo como uma expressão das necessidades que norteiam o seu processo de trabalho que estão vinculadas a sua inserção na organização produtiva para as quais a produção de capital e de poder e a definição do "papel" da enfermeira e demais membros da equipe de Enfermagem estão dimensionados, por vezes, major ativamente, enquanto finalidade do trabalho da Enfermagem.

Esse autor ainda complementa que no processo de trabalho da Enfermagem a competência técnica dentro do seu âmbito específico, a autonomia e a autoridade com os demais membros da equipe, bem como a definição de critérios técnico-científico e ético profissional nem sempre são considerados como prioritários no atendimento de necessidades da população.

Segundo Leopardi, Gelbecke e Ramos (2001), o objeto do processo de trabalho da Enfermagem consiste no corpo do ser humano, isto é, no corpo biológico, vivido, consciente, transformado, possuído pelo espírito e também pela doença. Esse corpo, ao mesmo tempo une as condições de consumidor, objeto e produto, diferenciando-se dos objetos no sistema de produção material, pois ele não se modifica em outro produto, com uma nova existência, ao final do processo de trabalho, mas sofre a ação do cuidado terapêutico, dela resultando numa condição ou estado diferente de antes, conforme as suas possibilidades multidimensionais.

Ademais, na condição de prestadora de cuidados de saúde, segundo Almeida e Rocha (1986), a Enfermagem desenvolveu um parcelamento de tarefas com outros componentes da sua equipe, o auxiliar e o técnico de enfermagem, tendo o ato de cuidar a finalidade de atendimento de necessidades materiais (por exemplo, um curativo) e não materiais (como exemplo, apoio, compreensão). Assim sendo, o processo de trabalho cuidar é composto por atividades definidas pela Lei do Exercício Profissional- LEI Nº 7.498 de 25 de junho 1986 (BRASIL, 1986). De maneira geral, se cuida do corpo do indivíduo, sendo que esse cuidado difere em qualidade, conforme se compreenda o corpo.

Ao levarmos em consideração o contexto histórico-social, observamos que o trabalho tem sido considerado um processo de produção e reprodução, voltado para a obtenção de bens e serviços que satisfaçam as necessidades humanas. Da mesma forma, identificamos que para que o processo de trabalho seja eficaz é necessária a presença de alguns elementos que desempenham um "papel" fundamental em cada uma das suas etapas. Neste caso, mencionaremos no primeiro lugar o motivo pelo qual o trabalho é realizado, as pessoas que realizam as atividades, os instrumentos de trabalho, as atividades envolvidas e o produto ou resultado final.

No entanto, destacamos que na Enfermagem existem dimensões que compreendem o saber-fazer como um fato concreto e objetivo, na abordagem das particularidades das pessoas,

ademais do saber-ser, que descrevemos dentro de uma dimensão subjetiva relacionada com as emoções, o autoconhecimento, a autopercepção e o autocontrole.

Depois do estudo da evolução da Enfermagem no Brasil, como parte de nosso objeto de estudo, desde já começamos a contextualização da Enfermagem na Colômbia e seu análise sócio histórico.[8]

A Enfermagem na Colômbia. Análises Sócio histórico

La Historia de la Enfermería en Colombia se inicia en Bogotá con actividades asistenciales que eran dispensadas por comunidades religiosas, hasta 1768 por los Hermanos de San Juan de Dios, y a partir de 1873 por las Hermanas de la Presentación del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Posteriormente comienza el proceso educativo en Enfermería, en el periodo de 1903 – 1906, en Cartagena. En este momento se hace evidente el auge de la medicina en esta ciudad, que seguramente influyó en los primeros intentos de formalizar la preparación de enfermeras. Posteriormente en 1911 – 1917, tanto en Bogotá como en Medellín se organizan diferentes cursos de Enfermería.

Entre 1920 y 1934, mediante la promulgación de la Ley 39 de 1920, se estableció la enseñanza de comadronas y enfermeras en la Facultad Nacional de Medicina, consolidando se cómo las actividades de mayor trayectoria dentro de la Enfermería de comienzos de siglo, las ejercidas por este grupo de parteras y comadronas. Es esta época se organizó en Bogotá la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras, con la cooperación de dos enfermeras visitadoras norteamericanas seleccionadas y enviadas por la Fundación Rockefeller, Jane Louise White y la Carolyn Ladd, de las Universidades de Michigan y Yale.

Así, para 1924 – 1929 se reglamentan la Escuela de Enfermeras y Parteras del Hospital Santa Clara de Cartagena y la Escuela de Comadronas y Enfermeras de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá, mientras que en 1929 – 1932 se crean varias escuelas de Enfermería en Bogotá, tanto oficiales como privadas, en las cuales se muestran

[8] A descrição do seguinte itens (La Enfermería en Colômbia. Análisis Sociohistórico), é escrito em espanhol, com o propósito de que a tradução para outro idioma não gere uma interpretação errônea. As informações a seguir foram obtidas do documento de MORA (2009).

los inicios de la era higienista de la salud en Colombia. Las primeras escuelas son organizadas bajo el esquema de Escuela – Hospital.

En la etapa de 1935 a 1954 se crea la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja, que se establece expresamente sobre el modelo norteamericano con separación explicita de periodos preclínico y clínico.

Para 1937 el Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) dictó el Acuerdo No. 5, por el cual se reorganizó la Escuela de Comadronas y Enfermeras que venía funcionando en el Hospital San Juan de Dios, cambiando su nombre por Escuela Nacional de Enfermeras y adaptando un moderno plan de estudios de tres años de duración, incluyendo cursos suplementarios completamente novedosos como Actividades Sociales y Sanitarias en relación con la Protección Infantil, Administración Hospitalaria, Estadística, Fisioterapia Especial, Elementos de Ciencia Sanitaria y Social en las cuales se empezaba a esbozar el concepto higienista de la época.

Por otra parte, en 1938 la Cruz Roja Colombiana fundó una nueva escuela de Enfermería, cuyo Plan de Estudios se basó en el currículo de escuelas de los Estados Unidos de Norteamérica, el cual comprendía tres años de estudios teórico – prácticos, exámenes y tesis de grado. Esta escuela empezó a expedir diplomas de Enfermera General hacia 1940 – 1941, y a partir de 1945 a las egresadas se les dio además el título de Auxiliar de la Sanidad Militar.

Seguidamente, se inicia un nuevo modelo de Escuela – Hogar, recomendado por el Consejo Internacional de Enfermeras y diseñado para que las estudiantes estudien y habiten en un mismo local, por fuera del hospital, construido o habilitado para tal fin y consecuentemente, este modelo se extiende a otras escuelas. Después en 1941 la Pontifica Universidad Católica Javeriana fundó una Escuela en el Hospital de la Samaritana de Bogotá, con un plan de estudios de tres años, pero sin internado.

Luego, con la promulgación del Decreto No. 466 de marzo de 1943 se crea la Escuela Nacional Superior de Enfermeras, como dependencia del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y supervigilada por la Universidad Nacional de Colombia. En la misma época se fundó la Escuela de las Hermanas de la Presentación en Bogotá la comunidad de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl estableció en Cali una escuela para algunas de sus religiosas.

En este contexto, por Resolución No. 30 del 29 de septiembre de 1950, emanada del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, la Universidad de Antioquia estableció una Escuela de Enfermeras Hospitalarias, en la ciudad de Medellín. Además de las escuelas ya mencionadas, existía en Tunja, la Escuela de Enfermeras de Boyacá y en Cali una Escuela de Enfermeras de las Hermanas Vicentinas. En 1943 se crea la Escuela Nacional Superior de Enfermeras, que se fusiona con la Escuela Nacional de Enfermeras de la Universidad Nacional de Colombia.

Más tarde, de 1955 a 1974 se modificó el Programa de Estudios y se estableció la Licenciatura en Ciencias de Enfermería, con una duración de cuatro años, divididos en ocho semestres académicos. A mediados de la década del 60, la Universidad del Valle empezó a ofrecer Programas de Postgrado en las áreas asistenciales de psiquiatría y salud mental y en materno infantil, y a comienzos de la década del 1970, nacieron los Programas de Magíster en Administración y en Educación, en la Universidad Nacional de Colombia, que son los primeros en América Latina, con los que se abren por esa misma época en la Escuela Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro.

En resumen, los hechos más significativos en esta etapa están relacionados a la incorporación de la educación de Enfermería al sistema universitario con la creación de programas de Licenciatura y demás, la educación de pregrado había estado orientada hacia la formación de una enfermera general apta para cumplir diversas funciones y actuar en los diferentes niveles de los servicios de salud. Al final de la etapa también habían surgido varios Institutos que concedían el diploma académico de Técnico, con un programa de 3 años. La profundización en las áreas funcionales se dejó para el naciente nivel de maestría. También en esta etapa se empiezan a admitir hombres en la carrera de Enfermería. En 1966 lo hace la Universidad Nacional de Colombia y el primer colombiano Licenciado en Enfermería lo hace en 1973.

Enseguida en la etapa de 1975 a 1990 se evidenció un rápido crecimiento en la educación colombiana desde 1945.La participación de la mujer en la universidad se empieza a sentir desde la década del sesenta, pero ahora se torna particularmente importante, ya que la población femenina universitaria era ligeramente superior a la masculina y la educación en Enfermería estaba marcada por el estudio del recurso de Enfermería, denominado Macro diagnóstico de Enfermería.

En la década del 1980 la educación de Enfermería se ve transformada por la Reforma de la Educación Superior de 1980 que estableció reglamentaciones específicas para el Instituto Colombiano de Fomento de la Educación Superior – ICFES, la Universidad Nacional de Colombia, los Colegios Mayores y la Unidad Administrativa Especial (o Universidad Militar), y también es relevante mencionar la influencia de la reunión sobre Atención Primaria en Salud en Alma – Ata, (Unión Soviética) a finales de la década de 1970 y la política de "Salud para todos en el año 2000" ya que posteriormente a esta reunión, se vio reflejada una nueva orientación de los planes de estudio de Enfermería hacia la salud comunitaria.

Finalmente, de1991 a 2008 continúa el proceso de conversión de los programas tecnológicos (Diplomatura) a programas de Licenciatura, de tal manera que, a comienzos de la década de 1990, los 20 programas en funcionamiento ya eran todos de Licenciatura. Al final de la década de 1980 y sobre todo a comienzos de los 1990, vuelven a aparecer programas de Magíster, pero ahora también en áreas asistenciales: Pediatría, Materno – infantil, Salud Familiar. Desde mediados de la década de los 1990 se empezó a pensar en la posibilidad de abrir programas de doctorado en enfermería, que pudieran servir a enfermeras de otros países de América Latina, especialmente del Área Andina y de Centroamérica.

Este proyecto estaba sustentado en las políticas de desarrollo de la Enfermería para América Latina, como expresión de las cuales se desarrollaron desde la década de1980 programas de doctorado en el Brasil y se empezaron a formar enfermeras colombianas en este nivel. El primer programa de doctorado en enfermería que se abrió en Colombia fue el de la UNAL en el 2004.

Al mismo tiempo, en nuestro estudio es importante señalar, que con relación a la formación de la enfermera en la APS y la Salud Colectiva, tanto en Brasil como en Colombia, existe un aporte significativo, y según Bryant-Lukosius y otros (2017), este hecho se evidencia con la presencia de la Enfermería con práctica avanzada (EPA), definida como "la enfermera registrada que ha adquirido la base de conocimiento experto, habilidades de toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para la práctica expandida, cuyas características están determinadas por el contexto y / o el país en el que él / ella está acreditado para ejercer. En este sentido, existe un mayor reconocimiento de las enfermeras con práctica avanzada (EPA) y su impacto en el aumento del acceso a la atención primaria de salud y mejorar la calidad de la atención y los resultados de salud.

Las autoras hacen referencia al hecho de que, en este momento, los países latinoamericanos con mayor preparación para introducir las funciones de la EPA para la atención primaria de salud son Brasil, Chile, Colombia y México, ya que estos países cuentan con programas de educación de postgrado en Enfermería a partir de los cuales los programas de educación de la EPA pueden ser construidos. Brasil en particular, está bien posicionado con 51 maestrías y 36 programas de doctorado en Enfermería. Los programas académicos están diseñados para producir investigadores y profesores en enfermería, mientras que los programas profesionales están diseñados para desarrollar capacidades de enfermeras que trabajan en diversas funciones de nivel superior en el sistema de salud. Mientras en Colombia, las actividades de conjuntas de participación de los interesados entre el Ministerio de Salud y los líderes de Enfermería y de políticas académicas están preparando el escenario para el desarrollo de programas de educación de la EPA.

Con relación al proceso de formación de profesionales de Enfermería, debemos partir del hecho de que en Colombia, se promulgó la Ley 30 diciembre DE 1992 (COLOMBIA, 1992), por medio de la cual, se organiza el servicio público de la Educación Superior, mencionado en su Capítulo I, Artículo 1° que la Educación Superior es un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral, se realiza con posterioridad a la educación media o secundaria y tiene por objeto el pleno desarrollo de los alumnos y su formación académica o profesional, así mismo, el Artículo 2° señala que es un servicio público cultural, inherente a la finalidad social del Estado.

Políticas de Educação e Saúde para a Formação da Enfermeira e sua Articulação com as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem na Colômbia[9]

Luego el Artículo 4° relata que, La Educación Superior, sin perjuicio de los fines específicos de cada campo del saber, despertará en los educandos un espíritu reflexivo,

[9] A descrição do seguinte itens (Políticas de Educação e Saúde para a Formação da Enfermeira e sua Articulação com as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem na Colômbia) é escrito em espanhol, com o propósito de que a tradução para outro idioma não gere uma interpretação errônea.

orientado al logro de la autonomía personal, en un marco de libertad de pensamiento y de pluralismo ideológico que tenga en cuenta la universalidad de los saberes y la particularidad de las formas culturales existentes en el país. Por ello, la Educación Superior se desarrollará en un marco de libertades de enseñanza, de aprendizaje, de investigación y de cátedra.

Por otra parte, el Capítulo II de esta Ley, especifica en el Artículo 6°,que dentro de los objetivos de la Educación Superior y de sus instituciones, está profundizar en la formación integral de los colombianos dentro de las modalidades y calidades de la Educación Superior, capacitándolos para cumplir las funciones profesionales, investigativas y de servicio social que requiere el país, además de trabajar por la creación, el desarrollo y la transmisión del conocimiento en todas sus formas y expresiones y, promover su utilización en todos los campos para solucionar las necesidades del país, y ser factor de desarrollo científico, cultural, económico, político y ético a nivel nacional y regional.

En el Capítulo III, con relación a los campos de acción y programas académicos, el Artículo 7° señala que los campos de acción de la Educación Superior, son el de la técnica, el de la ciencia el de la tecnología, el de las humanidades, el del arte y el de la filosofía.

Por último, el Artículo 9° establece que los programas de pregrado preparan para el desempeño de ocupaciones, para el ejercicio de una profesión o disciplina determinada, de naturaleza tecnológica o científica o en el área de las humanidades, las y la filosofía. También son programas de pregrado aquellos de naturaleza multidisciplinaria conocidos también como estudios de artes liberales, entendiéndose como los estudios generales en ciencias, artes o humanidades, con énfasis en algunas de las disciplinas que hacen parte de dichos campos.

Con respecto a la formación de profesionales de Enfermería en Colombia, la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN, 2014), es el ente orientador y regulador de la formación, el desarrollo disciplinar y profesional de la Enfermería en Colombia; por esta razón, en su Plan de Desarrollo 2008− 2018, y en su Plan de Acción, dispone que desde el Comité de Promoción de la Salud se elaboren y actualicen los lineamientos curriculares de esta área, para ser puestos en práctica en los programas, con el fin de mantenerse actualizado con la evolución conceptual, política y normativa de la salud, a nivel nacional e internacional.

Por esta razón, ACOFAEN estableció los Lineamientos para la Formación en Promoción de la Salud en las Facultades de Enfermería, con el objetivo de orientar a las

unidades académicas vinculadas a ACOFAEN, en aspectos fundamentales que direccionen la formación de enfermeras y enfermeros competentes en la promoción de la salud, que permitan el mejoramiento de la calidad de vida y la garantía al derecho a la salud de la población colombiana.

Según lo anterior, ACOFAEN, formula la siguiente interrogante ¿Por qué la promoción de la salud debe tener se encuentra en la formación de las enfermeras? Son muchos los motivos, la promoción de la salud es considerada decisión política para cambiar la formación de las enfermeras y enfermeros, contribuye a mejorar las condiciones de salud de la población colombiana, es propósito y competencia en la Ley 266 de enero 25, (COLOMBIA, 1996), por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y es la esencia del cuidado de la vida y una de las funciones esenciales de la salud pública. Por consiguiente, una enfermera−enfermero necesita conocerla como estrategia y como acción.

En consecuencia, la construcción de los lineamientos para desarrollar la promoción de la salud (PS) contempla un referente teórico desde el concepto de salud, en el marco de los procesos de determinaciones sociales; relaciona la normativa y pronunciamientos internacionales y nacionales con las políticas de Salud Pública, la Salud Comunitaria, la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada, el enfoque de Género, la Teoría de Enfermería y el lenguaje estandarizado; así como visibiliza a la salud pública como eje que contiene los aspectos esenciales en los lineamientos, con el fin de que las facultades y programas de Enfermería fortalezcan y desarrollen el componente de promoción de la salud en los currículos.

Para tal propósito, en este documento se sugieren algunas metodologías para la enseñanza de la promoción de la salud y las competencias de formación, proponiendo estrategias que motiven y desarrollen las competencias de la participación política y la toma de decisiones dentro de los diferentes ámbitos donde se desempeñen las enfermeras y los enfermeros.

Por consiguiente, se establecen las competencias para la formación de profesionales de enfermería en promoción de la salud, incluyendo las competencias del ser, hacer y saber, por lo tanto, el Comité considera importante profundizar en la formación del ser y su relación con el entorno, en la adquisición de conocimientos contextualizados que propicie el logro de unas competencias o capacidades profesionales que incluyan las competencias ciudadanas.

Además, se consideran las competencias interpretativas, lo cual implica que los profesionales de enfermería tengan claridad sobre los diferentes conceptos involucrados en la promoción de la salud, tales como, salud como derecho, calidad de vida, estilo, modo y condiciones de vida, enfoque de determinantes sociales de salud, determinación social, autonomía, empoderamiento, participación, transectorialidad, interdisciplinariedad, transdisciplinariedad, multidisciplinariedad, intersectorialidad, equidad, sostenibilidad, desarrollo humano sostenible, política pública, imaginario social, ciudadanía, economía política.

También, reconocer los términos de Salud Pública, Salud Colectiva, Salud Comunitaria, Atención Primaria en Salud, enfoques diferenciales en salud, promoción de la salud, educación en salud, política pública, participación social, cuidado de la salud, Enfermería Comunitaria, modelos y teorías de enfermería, proceso de enfermería y lenguaje estandarizado en Enfermería, asimismo, sobre las funciones de la enfermera o enfermero en la salud de los colectivos, la Salud Pública, la Atención Primaria en Salud y la promoción de la salud.

Igualmente, reconocer las normativas nacionales, internacionales y de la profesión, la situación sociopolítica y de salud a nivel nacional, regional y local, así como en los diferentes contextos donde se desarrollen las prácticas formativas y las necesidades e intereses en salud de las mujeres y hombres, así como los riesgos específicos ligados a las tareas definidas como masculinas y femeninas.

De mismo modo, son tomadas en consideración las competencias argumentativas, que comprende que los profesionales de enfermería asuman un punto de vista coherente y riguroso frente a la promoción de la salud, incluyendo la dimensión ética caracterizada por el respeto, la tolerancia humana y la perspectiva diferencial.

Finalmente, la competencia propositiva entendida como asumir una postura constructiva y creativa, plantear opciones o alternativas ante la problemática presente en una situación determinada, ser capaz de proponer o ejecutar nuevas y osadas acciones, con el fin de entrar a resolver una situación. Sustentar nuevas formas críticas de entender, comprender y transformar las realidades junto con otros actores sociales, con el fin de incidir en los procesos políticos y de toma de decisiones para mejorar la salud de las personas, familias y colectivos.

Más aún, crear espacios que promuevan los valores cívicos, la ciudadanía, la participación social y el empoderamiento de las personas, familias y colectivos, estimulando la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre las prácticas favorables para la salud de la población general, y para la suya propia, con el fin de desarrollar las capacidades y habilidades, tanto para el cambio personal, como para la participación en los procesos sociales y transformar el ejercicio profesional con autonomía y liderazgo para su inclusión en los espacios de participación política y ciudadana.

Por otro parte, los Lineamientos para la Formación en Promoción de la Salud en las Facultades de Enfermería, también involucran determinados aspectos metodológicos para la enseñanza de la promoción de la salud. Por tal motivo, para abordar la Salud Pública y la promoción de la salud es importante conocer las características de los estudiantes a través del uso de diversos modelos, que permitan la identificación de estilos de aprendizaje y desarrollar metodologías de enseñanza−aprendizaje dirigidas a las particularidades de cada uno de los actores. Algunas de las estrategias que se pueden emplear son:

- La enseñanza basada en problemas, donde el estudiante, mediante una determinada situación de salud seleccionada por el docente: 1) ubica las ideas conocidas y desconocidas, 2) identifica el problema principal, 3) detecta su necesidad de aprendizaje (organizando su plan de trabajo), y 4) diseña finalmente una propuesta de solución.
- El análisis de situaciones de enfermería como narrativa de la experiencia en la práctica, retomando los eventos importantes que suceden desde la cotidianidad, tomando cada elemento de la misma, como fuente del conocimiento para esta disciplina. El conocimiento basado en la experiencia parte de la exploración a través de los sentidos, mediante situaciones simuladas, teniendo un objetivo claro, analizando la situación y llegando a una reflexión de lo vivido.
- Aprendizaje colaborativo donde se vive la experiencia y luego se reflexiona, esto permite el trabajo en equipo, la construcción conjunta y favorece el desarrollo de habilidades sociales; todo el equipo debe tener clara las metas y objetivos, pues cada integrante depende del otro y no es posible obtener logros individualmente.
- Se proponen algunas técnicas didácticas como método de proyectos, método de casos, técnica del debate, la técnica de la pregunta, conversatorio, entre otras. Cabe recalcar

que estas estrategias se deben utilizar en los diversos escenarios de práctica; por ejemplo, la participación en encuentros ciudadanos, presupuestos participativos, mesas territoriales, cabildos, consejos comunales, entre otros.

Como resultado, el proceso evaluativo por competencias busca que la recordación de lo aprendido sea útil para la vida del estudiante. Para ello se debe conocer al alumno, acompañar los contenidos con las vivencias, inferir que las competencias se vean reflejadas en el desempeño, y que los resultados sean cualitativos y cuantitativos, partiendo del interés del estudiante mismo.

Para tener una evaluación adecuada se debe dejar en claro con los estudiantes las competencias a valorar, teniendo en cuenta definición del tipo de evidencias, estrategias e instrumentos, indicadores a analizar y retroalimentación de los resultados del aprendizaje mediante un plan de mejoramiento continuo, construido entre el docente y el alumno.

De ahí que, se propone la inclusión, manejo y actualización de las Tecnologías de la Informática y de la Comunicación (TIC) en el aula de clase, propiciando el uso adecuado de las aplicaciones informáticas que puedan aportar al proceso de enseñanza−aprendizaje.

Hay que señalar, además que los Lineamientos para la Formación en Promoción de la Salud en las Facultades de Enfermería, presenta un marco de referencia en el cual se menciona la Atención Primaria en Salud, entendiendo la importancia y contribución de la Enfermería como grupo principal del personal de salud, que utiliza la estrategia a todos los niveles, manteniendo los vínculos entre las personas, familias, comunidades y el resto del sistema de salud; mejorando la equidad y el acceso a los cuidados.

Aun así, las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS refuerzan el valor de esta estrategia y exhorta a que en los programas de formación de Enfermería se integre la APS en los niveles básico y pos básico, exploren modos nuevos y mejores para la preservación del bienestar, mejoramiento y mantenimiento de la salud, prevenir, tratar y rehabilitar la enfermedad, en cooperación con los demás miembros del equipo de cuidados.

Por lo cual, lo anterior debe reforzarse con un marco de formación del recurso humano con conocimiento científico y ético, que reconozca la primacía de los factores sociales determinantes de la salud y el respeto a los derechos de las personas. La investigación que de ella se derive, así como el uso de tecnologías, deben ser aceptadas por las comunidades y estar al servicio de las personas donde se realicen.

De otra parte, a nivel nacional, es importante contribuir a apuntar la responsabilidad social que otorga la Ley 266 de 1996, articulo 17, sobre competencias: “dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los más vulnerables de la población, y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales”. Por todo esto es necesario estimular a los responsables de la formación de las profesionales de salud a incluir la estrategia de Atención Primaria en Salud en sus planes de estudio como fundamental.

En cuanto a la APS y la situación de salud, hace referencia al mundo globalizado en el cual la salud está determinada por muchas fuerzas poderosas, especialmente el cambio demográfico, la rápida urbanización, el cambio climático, los tratados de libre comercio. La población mundial se enfrenta a un futuro en el cual la salud y el bienestar de las personas pueden verse afectados por los rápidos avances de la tecnología, el agotamiento de los recursos naturales y la degradación del medio ambiente, el crecimiento demográfico y las repercusiones de los problemas de salud nuevos como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Si bien desde Alma Ata, con la meta Salud para Todos en el año 2000, y los esfuerzos posteriores por parte de los organismos interesados no logró el cometido por muchos factores, aun así, es vigente la estrategia y siguen existiendo razones para renovarla:

- Los nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir.
- Las necesidades de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques de la APS.
- El desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución a mejorar la efectividad de la APS.
- El reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para disminuir las inequidades en salud.
- Es una condición esencial para cumplir los compromisos internacionales vinculados al objetivo de desarrollo incluido en los Objetivos del Milenio, e intervenir los determinantes sociales de la salud para alcanzar el nivel más alto posible de salud.

Por lo que se refiere a la APS renovada y los recursos humanos se señalan aspectos que deben ser tenidos en cuenta para la formación del recurso humano: incrementar la formación de profesionales capacitados, planificar el recurso humano de acuerdo con las

necesidades de la población y ser sostenible, aplicar políticas de calidad sobre el desempeño del personal, caracterizar las capacidades humanas (perfiles y competencias) donde el perfil de cada trabajador deberá ajustarse a la labor dependiendo de sus características, utilizar mecanismos de evaluación constantes que faciliten la adaptación de los trabajadores a nuevas situaciones y a las necesidades cambiantes de la población.

Lo anterior exige que la enfermera − enfermero se eduque en: análisis de políticas públicas y competencias para hacer abogacía intersectorial y económica, trabajo con comunidad, excelente preparación en salud pública, familiar y medicina preventiva, amplio conocimiento sobre determinantes sociales, trabajo en equipo con profesionales y auxiliares de distintas disciplinas, mercado social basado en teorías psicológicas para cambiar hábitos, promover valores cívicos, participación, comunicación, educación y conocimiento sobre valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS.

El siguiente aspecto trata de la enseñanza de la Atención Primaria en Salud en las Escuelas de Enfermería del Cono Sur (OPS, 2007b), y en este sentido, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata en 1978, otorgó reconocimiento internacional al concepto de Atención Primaria de Salud, producto de múltiples experiencias prácticas en diferentes países del mundo.

Sus postulados centrales fueron incorporados como ejes en las políticas de salud en el mundo y aunque los cambios políticos, económicos y tecnológicos de las últimas décadas condicionaron el logro de la meta enunciada, en la mayoría de los países se desarrollaron programas de Atención Primaria con ese objetivo y se implementaron numerosas estrategias de formación y capacitación de los trabajadores de salud.

Las implicaciones de la APS en el terreno específico de los recursos humanos evidencian resultados variables. En general se puede hablar de modificaciones en los procesos de educación y trabajo, así como en el rol de los actores profesionales y trabajadores. Las iniciativas de reorganización del trabajo en los servicios alrededor de APS, incluyeron propuestas para conformar equipos multiprofesionales, generando a su vez la incorporación de nuevos contenidos curriculares en las carreras de la salud en general como módulos de salud comunitaria, destacándose algunas experiencias de formación de enfermeras en América Latina abordando la APS como eje curricular. Estos cambios, sin embargo, no lograron modificar la hegemonía de un modelo de atención a la enfermedad y centrado en el hospital.

De acuerdo con lo anterior, las escuelas de Enfermería de la Región, incorporaron rápidamente a la enseñanza, la meta de Salud para Todos en el Año 2000 y la Estrategia de APS, lanzada por la OMS. La Estrategia, dio oportunidad a la revisión de los currículos de Enfermería y, en particular, potenció la perspectiva comunitaria de la enseñanza de la Enfermería que tenía sus antecedentes fuertes en la enseñanza de la salud pública.

Por lo que se refiere al "Informe de la Reunión de Expertos de Enseñanza de la Atención Primaria en Salud en Enfermería en el Cono Sur" (OPS, 2007b), se estima que, así como la Estrategia de APS produjo impactos de diversos grados y calidades en la transformación del modelo de atención en las Américas, también los produjo en la enseñanza de la Enfermería. Sin embargo, no ha habido estudios que hablen de estos avances, ni tampoco miradas críticas sobre este singular aspecto, que, a la vez que recuperen los progresos, puedan señalar agudamente las dificultades, los obstáculos, los vacíos, las contradicciones y los retrocesos; especialmente, que establezcan las condiciones para re-aprender y para re-crear la enseñanza de la Atención Primaria de Salud en las Escuelas de Enfermería.

Por consiguiente, considerando la diversidad de experiencias y su potencial educativo, el "Programa de Enfermería de la Unidad de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud" (OPS, 2007b), propuso una iniciativa regional de reflexión y balance sobre la Enseñanza de la Atención Primaria de la Salud en las Escuelas de Enfermería de las Américas. El objetivo central del estudio fue analizar el contexto, las características, debilidades, obstáculos y condiciones favorecedoras de la enseñanza de la APS en las escuelas de Enfermería de la Región e identificar diferencias, con el propósito de definir lineamientos futuros.

La educación básica en Enfermería persiste con un modelo centrado en la enfermedad, la enseñanza de la salud pública y de sus funciones esenciales, aún con importante presencia en los planes de estudio, contribuyendo débilmente a la transformación de las prácticas y de los servicios de salud. Así mismo, la educación en Enfermería ha incorporado nuevos modelos y prácticas pedagógicas, pero, con demasiada frecuencia, ellas no sirven a la calificación de la enseñanza y a la atención de las necesidades educacionales.

En este sentido, con fines de generar procesos positivos de transformación relacionados a las mencionadas áreas críticas, que tiendan a priorizar las necesidades de salud

y a mejorar los servicios se definió en el año 2002, un conjunto de líneas de cooperación técnica para el período 2003-2007 para el desarrollo de recursos humanos de Enfermería orientadas a mejorar la atención general de enfermería y desarrollar y fortalecer la intervención de Enfermería en la salud pública, mediante la disminución de inequidades y el aumento en la calidad y pertinencia del desarrollo de recursos humanos de enfermería.

Una de las líneas de cooperación se enfocó en la Educación básica para la salud pública, con el objetivo de promover la orientación de la educación en Enfermería hacia las necesidades de salud de la población y los nuevos modelos integrales de atención basados en conceptos y prácticas de salud pública y APS, en particular en las áreas de Salud Mental, Salud Materna e Infanto Juvenil, Salud del Adulto mayor, HIV y otras áreas prioritarias; en la lucha contra la pobreza y la exclusión social.

Como resultado, se realiza un análisis de las características comunes y diferentes de las currículas de Enfermería en cuanto a la conceptualización de APS, los contenidos relacionados, las experiencias prácticas, las modalidades de enseñanza, las horas destinadas a APS y la formación de los docentes. Es así como, en relación a los contenidos de APS, estos no se encuentran agrupados bajo una asignatura de tal nombre, sino incorporados como conceptos o Filosofía en materias tales como Salud Pública, Enfermería Comunitaria y Promoción de la Salud; también en asignaturas del área profesional referidas a la atención de Enfermería focalizada por grupos tales como Salud Materno Infantil, Familiar, del Niño, del Adolescente, del Adulto y del Anciano, Salud Mental y Salud de los Trabajadores. También se encuentran contenidos de APS en las áreas de Administración de los Servicios de Enfermería, Epidemiología, Bioestadística, Educación y Ética. En términos globales podrían resaltarse los siguientes contenidos comunes y diferentes al conjunto de las currículas, expuestos en el cuadro 3.

Quadro 3 Contenidos comunes y diferentes para la enseñanza de la APS en Enfermería.

Contenidos Comunes	Contenidos Diferentes
Enfermería en el Primer Nivel de Atención - Visita domiciliaria – Consulta de enfermería	Autocuidado
Enfermería Comunitaria. Actividades de la enfermera y ámbitos de actuación (Organizaciones (ONG), asociaciones intermedias, centros educativos).	Inserción de Enfermería en Salud Laboral
Promoción de la Salud	Gestión de los Servicios de Primer Nivel de Atención
Educación para la Salud	
Trabajo en Equipo. Equipo de Salud	
Coordinación intra e intersectorial	
Desarrollo Comunitario – Redes	
Participación Comunitaria	
Integración de los aspectos biopsico sociales en la Atención de Enfermería Individuo, Familia, y Comunidad	
Participación de Enfermería en Programas de Salud: Materno Infantil, Vacunaciones, Plan Vida, Atención a la Mujer con enfoque de género, Salud Escolar, Atención Adulto y Anciano	

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enseñanza de la Atención Primaria en Salud en las Escuelas de Enfermería del Cono Sur, Documento, 2007.

Por otra parte, las experiencias prácticas fueron desarrolladas en ámbitos del primer nivel de atención, tales como los Centros de Salud, hospitales de día y consultorios comunales, pero también abarcaron otros ámbitos tales como centros comunitarios, comedores, jardines maternales, escuelas, hogares especiales y fábricas. Las experiencias pueden resumirse en

-realización de diagnóstico de salud comunitario;

-participación en programas de salud vigentes;

-participación en la programación de actividades con el equipo interdisciplinario de salud;

-participación en la programación de actividades con otros sectores relacionados a la salud;

- consulta de enfermería;

-visitas domiciliarias y seguimiento;

- control de crecimiento y desarrollo del niño;

-inmunizaciones;

- control de embarazadas;

-control del adulto mayor;

-educación para la salud en niveles individuales y grupales.

Así mismo, se analizaron los modelos conceptuales que subyacen a los contenidos y métodos de la enseñanza de la APS, cuáles son las principales contradicciones y vacíos conceptuales que persisten y cuáles son los principales conflictos que se enfrentan en la enseñanza de la APS.

En este sentido, se presentan los aspectos relevantes de la discusión realizada:

- Las escuelas de Enfermería se adaptaron al funcionamiento de los servicios de salud tal cual existen para la enseñanza y la práctica de la APS, sin embargo, esto limitó las acciones y los campos de actuación ya que los sistemas de salud existentes no están organizados con base a la estrategia de APS.

- El modelo de enseñanza en las escuelas de Enfermería es biologicista, curativo, autoritario, uní causal, individual y paternalista. Se enseña con pensamiento mecanicista, fragmentado.

- El paradigma de educación es tradicional, hay escasa preocupación por la articulación teoría-practica. No hay una reflexión, acerca de los resultados, de lo que los alumnos hacen y de la transferencia real de competencias.

- En lo conceptual de la enseñanza de la APS subyace el modelo de salud biológica, de causa efecto y las visiones de las cuestiones de salud dentro de un campo único, aislado en sí mismo. Ligado a ello un modelo de Enfermería de atención de la salud conservador, medicalizado, individualista y positivista

- Para la perspectiva de la APS necesita avanzar el conocimiento de bases sociales, filosóficas, antropológicas y de las ciencias humanas.

Por último, se establecen los Lineamientos para la enseñanza de la Atención Primaria en Salud en las escuelas de Enfermería, considerando que la misión de Enfermería es promover estilos de vida saludables en las personas, familias y comunidades, en contextos político- económico- y culturales determinados, y que la APS es la estrategia que contribuye a preservar la salud, mejorar el bien estar de las poblaciones y alcanzarlas Metas del Milenio propuestas por OMS/OPS.

Con relación a los Lineamientos para la formación de pre-grado en Enfermería, es de gran relevancia, formar un graduado generalista con un fuerte perfil en APS, con capacidades orientadas a la resolución de problemas de la práctica comunitaria, así como, desarrollar APS

como eje curricular, incorporando a lo largo de la carrera contenidos y actividades de complejidad creciente, y generando experiencias integradoras que permitan al estudiante adquirir competencias en niveles progresivos, también, centrar la metodología de la enseñanza en el estudiante, fortalecer el aprendizaje, favorecer la participación reflexiva y crítica, propiciar la resolución de problemas, priorizar el trabajo en equipo, incorporar tecnologías innovadoras, estimular el ejercicio autónomo y creativo y por último, promover la participación de los estudiantes y los egresados en actividades, proyectos e investigaciones relacionadas con la APS.

Todas estas observaciones se relacionan también con el documento de Formación en Enfermería con Énfasis en la Atención Primaria en Salud, Experiencias en los países el Cono Sur (OPS/OMS, 2011), este manuscrito fue preparado para apoyar la iniciativa de la OPS en concurrencia con el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), que procura que los Estados que conforman el MERCOSUR reciban apoyo por medio de la Cooperación Técnica para fortalecer los sistemas y estrategias de educación al nivel subregional con miras a desarrollar y mantener las competencias de los trabajadores de la salud concentradas en la Atención Primaria de la Salud. Así también, el informe apoya los esfuerzos de las unidades nacionales de recursos humanos en salud y las escuelas de Enfermería en sus planes de con base a la Atención Primaria en Salud.

El plan identificó un nuevo paradigma de Enfermería partiendo de los conceptos de promoción y prevención de la salud tomando en cuenta los siguientes aspectos:

-la salud vista como componente y consecuencia del desarrollo humano.

-la equidad como valor fundamental a ser logrado por los servicios de salud y un medio para conseguir la responsabilidad social.

-la participación social como elemento de un nuevo paradigma de salud en el cual lo colectivo se convierte en sujeto y conductor del proceso.

-la enfermera como facilitadora, asesora, promotora, y evaluadora de la salud de la colectividad.

Todavía cabe señalar que en el documento se pretende avanzar más en la identificación de instituciones formadoras en Enfermería que han adoptado la estrategia de APS y en el significado concreto de esa incorporación, partiendo de la constatación previa. Para dar cumplimiento al objetivo antes expuesto, el primer paso es saber si existe una

definición consensuada de APS al interior de los países y entre las distintas instituciones formadoras en Enfermería. Esto incluye tanto el concepto en sí como las habilidades necesarias para su implementación.

Entre los elementos constitutivos de los sistemas de salud basados en la APS se señala el papel de los recursos humanos en cantidad y calidad suficiente, para dar respuesta a la cobertura universal del sistema, así como a sus características, no obstante, no se profundiza en esa instancia sobre cuáles serían las competencias necesarias en la formación de los trabajadores de la salud para enfrentar este desafío. Es de suponer que la respuesta a esta pregunta será diferente según la definición de APS que se tenga en mente.

Este enfoque parece ser el que han asumido la mayor parte de las instituciones formadoras en Enfermería que han incorporado la APS en su currícula, ya que en la mayoría de los casos eso se entiende como el desarrollo de personal apto tanto para el trabajo clínico individual como en salud pública o salud de la comunidad. En lo relativo a programas de estudio, se recuperaron y analizaron los programas de estudio de las Universidades nacionales de la República Argentina, las Universidades Federales de Brasil (una por Estado), cuatro Universidades chilenas, dos Universidades de Paraguay y dos Universidades de Uruguay.

Partiendo de la premisa que la mayoría de las instituciones de enseñanza de Enfermería de la región han adoptado la enseñanza de APS como parte de su curriculum, se revisaron los planes de estudios de una muestra de las Universidades públicas de Argentina y Brasil, así como de universidades públicas y privadas de Chile, Paraguay y Uruguay. La revisión se centró en los estudios de grado, por ser la instancia de formación de la mayor parte del personal de Enfermería.

Así que, como resultado es evidente una creciente tendencia a la uniformización de contenidos, debida posiblemente a las instancias tendientes a la acreditación de las carreras, que imponen requisitos comunes y al hecho de que el campo de trabajo de las enfermeras se ha vuelto internacional, con una importante migración de profesionales hacia países con mayores posibilidades económicas.

Los contenidos de los distintos programas de estudio en relación a la APS parecen tener como objetivo la formación de enfermeros capaces de actuar en los distintos niveles de atención, incluido el primero. En ese sentido, podría plantearse que la visión de APS corresponde a la segunda de las cuatro identificadas en la tabla del documento de Renovación

de la APS. Sin embargo, este mismo documento identifica la APS como una estrategia de organización de los sistemas de salud, no una disciplina o conjunto de disciplinas. La pregunta no es entonces cómo se enseña APS en la carrera de Enfermería sino cómo se prepara a los futuros enfermeros para trabajar en sistemas basados en APS (o no) y para ser factores de cambio en los sistemas de salud en los que trabajarán durante su vida profesional.

2.2 Atenção Primária em Saúde e o Trabalho de Enfermagem na formação da enfermeira

Neste sub-item apresentamos a linha de tempo da construção histórica da APS a partir da Declaração de Alma Ata e sua contextualização articulada às políticas de saúde Sistema Único de Saúde (Brasil) e Ministério de Salud y Protección social (Colômbia); assim como destacaremos o trabalho da Enfermagem como prática social na construção da APS sustentada pela Declaración de Alma-Ata de 1978, na Rússia- Atención Primaria de Salud[10].

En el informe de la Conferencia Internacional sobre APS, celebrada en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas/URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978, se consideró la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, incluyendo el personal de salud y la comunidad, para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La Conferencia reiteró firmemente que la salud, "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (destaque nosso), es un derecho humano fundamental y que el grado más alto posible de bienestar es un objetivo social importante, cuya realización exige una intervención intersectorial.

Así mismo, es estimada la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y desarrollados, además, el progreso económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de primordial importancia para lograr el grado máximo de salud para todos y reducir la brecha que separa, en este aspecto, a los países según su desarrollo. La promoción y protección de la salud del

[10] As informações a seguir foram obtidas do documento da OMS (1978). A descrição do seguinte item é escrita em espanhol, com o propósito de que a tradução para outro idioma não gere uma interpretação que, muitas vezes, não traduz a essência, o sentido/significado na língua portuguesa.

pueblo es indispensable para un crecimiento económico y social sostenido, contribuyendo a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

Considerando lo anterior, la Atención Primaria de Salud es definida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Por otra parte, la APS es un reflejo y consecuencia de las condiciones económicas, las características socioculturales y políticas del país y sus comunidades, se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas, de los servicios de salud y en la experiencia en materia de salud pública; por lo tanto, se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad, brindando los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

También, la APS comprende las siguientes actividades: educación sobre los principales problemas de salud y métodos de prevención correspondientes; promoción del suministro de alimentos para una nutrición apropiada; abastecimiento de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno infantil incluida la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

Además, implica la participación del sector sanitario, y todos los sectores conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, zootecnia, alimentación, industria, educación, vivienda, obras públicas y comunicaciones, exigiendo los esfuerzos coordinados de estos; así mismo, requiere y fomenta la autorresponsabilidad y participación de la comunidad en la planificación, organización, funcionamiento y control de la Atención

Primaria de Salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales, nacionales y otros disponibles.

Hay que mencionar, además que la APS debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, para el mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados y basado en el plano de referencia y consulta de casos, con inclusión de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y lo técnico, para trabajar en equipo y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la APS como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. En este contexto, el informe de la Conferencia Internacional, constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

Teniendo en cuenta lo anterior, el informe planteó la posibilidad de alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000, mediante una mejor y más completa utilización de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destinaba en aquel momento, a la compra de armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría liberar recursos adicionales destinados para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud, como elemento esencial de dicho desarrollo.

A su vez, la APS viene determinada por objetivos sociales, como el mejoramiento de la calidad de vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número de individuos; esos objetivos se alcanzan con la aplicación de medios sociales, como la aceptación de responsabilidad en materia de salud por parte de las comunidades y los individuos, con la participación activa y el esfuerzo necesario para alcanzarlos. Conviene subrayar entonces, que cuanto mejor sea el estado de salud de la población, más probable será que ésta contribuya al progreso social y económico.

Más aún, la APS está a cargo de agentes sanitarios de la comunidad, por tal motivo, los conocimientos y preparación que este personal debe variar dependiendo del país y en

conformidad con el tipo de atención primaria de salud que se haya de dispensar. Cualquiera sea su nivel de preparación, es importante que ese personal comprenda las verdaderas necesidades sanitarias de las comunidades a las que preste servicio y que se gane la confianza de la población. Para ello, será indispensable que resida en la comunidad a la que deba atender.

Todavía cabe señalar, que se necesita el apoyo de otros sectores del sistema de salud para que la población pueda beneficiarse de los conocimientos técnicos útiles y eficaces que, por la complejidad o elevado costo de su aplicación, no podrían aprovecharse normalmente por medio de la atención primaria de salud. Esos sectores constituyen una importante fuente de información en materia de salud, además, los agentes sanitarios de la comunidad deben recurrir a personas capacitadas para recibir de ellas orientación y adiestramiento, así como, el apoyo logístico y financiero con el que debe contar los servicios de atención primaria de salud.

La aceptación de la Atención Primaria de Salud hace necesaria la organización del resto del sistema de salud para que éste pueda prestarle apoyo y contribuir a su desarrollo posterior. Esto supone que el sistema de salud, en su totalidad, ha de aceptar el objetivo social de poner al alcance de todos, la asistencia sanitaria necesaria. La consecuencia de esta aceptación para la política sanitaria es la asignación preferente de los recursos a las poblaciones de la periferia social, con el fin de satisfacer sus necesidades esenciales en materia de atención de salud, ya que, la experiencia ha demostrado que la mejora general de la situación sanitaria de un país depende de los avances conseguidos en el estado de salud de esos sectores de su población. Por consiguiente, las comunidades que son fortalecidas con nuevos recursos, estarán en mejor situación para poder aceptar mayores responsabilidades en cuanto a su propia salud y ejercerlas por medio de la Atención Primaria de Salud.

Indiscutiblemente, es indispensable la coordinación con otros sectores, puesto que el sector sanitario, por sí solo, no puede alcanzar la salud para todos. En los países en desarrollo, el progreso económico, las medidas de lucha contra la miseria, la producción de alimentos, el agua, el saneamiento, la vivienda, la protección del medio y la educación, contribuyen a la salud y tienen el mismo objetivo de desarrollo humano. La Atención Primaria de Salud, como parte del sistema de salud y del desarrollo social y económico en general, debe apoyarse

necesariamente en la debida coordinación, entre el sector sanitario y todos los demás sectores interesados.

Con relación a la APS y el desarrollo, conviene subrayar la relevancia que tiene el apoyo de otros sectores, y en este contexto el sector docente tiene un importante papel que desempeñar en el desarrollo y funcionamiento de la Atención Primaria de Salud. La enseñanza comunitaria ayuda a las personas a comprender sus propios problemas sanitarios, sus posibles soluciones y el coste de distintas alternativas. Es así como, el sistema educativo puede preparar y distribuir literatura instructiva, las asociaciones de padres y maestros pueden asumir ciertas funciones de atención primaria de salud en las escuelas y en la colectividad, con programas de saneamiento, nutrición y primeros auxilios, en pro de la salud.

En cuanto a la participación de la comunidad, el personal de salud forma también parte de la comunidad en que vive y trabaja, por lo tanto, debe mantener un diálogo continuo para armonizar opiniones y actividades concernientes a la APS. Esto le permitirá al profesional sanitario conocer mejor el sentir de las personas, las razones de sus puntos de vista, el nivel de sus aspiraciones y su tipo de organización y comunicaciones. Por su parte, el pueblo aprenderá a identificar sus verdaderas necesidades sanitarias, a comprender la estrategia nacional referente a la APS, a compartir y promover la acción colectiva en pro de la salud. Gracias a ese diálogo, la sociedad se dará cuenta de que la salud no sólo es un derecho de todos, sino además responsabilidad de todos, y los miembros de las profesiones sanitarias encontrarán ahí su función adecuada.

Por lo que se refiere a los aspectos operativos de la APS y al lugar que ocupa en el sistema sanitario, se entiende que todo sistema sanitario está integrado por elementos de su propio sector y de otros sectores, cuyas actividades están relacionadas entre sí y contribuyen al buen estado de salud. Existen en él varios niveles, el primero es el punto de contacto entre el individuo y el sistema en cuestión, que es donde se presta la APS, los servicios facilitados por la atención primaria de salud pueden variar según el país y la comunidad. Sin embargo, incluyen las siguientes actividades:

-fomento de una nutrición apropiada y abastecimiento suficiente de agua potable;

-saneamiento básico;

- asistencia materno infantil, incluida la planificación familiar;

-inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

-prevención de las enfermedades endémicas de la localidad y la lucha contra ellas;

- enseñanzas relativas a los problemas sanitarios predominantes y a los métodos de prevenirlos y el tratamiento adecuado de las enfermedades y lesiones habituales.

Los otros niveles del sistema de salud proporcionan servicios más especializados de creciente complejidad.

En efecto, la APS constituye el centro del sistema sanitario. En torno a él están los demás niveles del sistema, cuyas actividades convergen en la Atención Primaria de Salud para prestarle apoyo y permitirle facilitar una asistencia sanitaria básica de forma continuada. En un nivel intermedio se hace frente a los problemas más complejos y se presta una asistencia especializada y experimentada, así como el correspondiente apoyo logístico. En este nivel, el personal capacitado presta su apoyo mediante la formación profesional y la orientación sobre los problemas prácticos que surgen en relación con todos los aspectos de la APS. En el nivel central se encuentran los altos servicios técnicos de planificación y administración, la asistencia muy especializada, la formación de especialistas y los conocimientos técnicos propios de instituciones tales como los laboratorios centrales de salud, así como el apoyo central logístico y financiero.

Por otra parte, la planificación de la APS ha de realizarse tanto en las comunidades como en los niveles intermedio y central. El Ministerio de Salud, o su equivalente, tiene a su cargo la formulación de la política sanitaria nacional, incluida la correspondiente a la Atención Primaria de Salud, y ha de gestionar su aprobación por el gobierno. Esta política tiene mayores probabilidades de ser eficaz si forma parte de la política general de desarrollo del país y refleja, en consecuencia, los objetivos sociales y económicos del gobierno. Por otra parte, hay que elaborar la estrategia para poner en práctica esa política.

Acorde con lo anterior, siempre que se establece como prioritaria la APS, se necesita una estrategia específica para formularla y ponerla en práctica, por lo tanto, establecer la política y la estrategia de la atención primaria de salud es atribución de todos los componentes y demás sectores que configuran el sistema sanitario. La estrategia ha de convertirse en un programa nacional de atención primaria de salud que abarque todos los niveles, incluidos el de apoyo, envío de casos y el de la comunidad.

Entonces, al establecer la estrategia y elaborar el programa, hay que tener muy en cuenta las técnicas que se van a utilizar, los recursos que se van a emplear, el apoyo que se

necesita de los otros niveles y la forma de organizarlo para que constituya un sistema coherente. En este sentido, tanto los Ministerios de Salud como los demás organismos sanitarios nacionales interesados han de considerar la planificación como una de las funciones correspondientes al más alto nivel de la adopción de decisiones. Esto es fundamental para garantizar la adecuada delegación de funciones y de autoridad, la asignación prioritaria de recursos a la APS y a sus servicios auxiliares y la apropiada ubicación de éstos para que sean accesibles a las comunidades a las que han de atender.

Con respecto al proceso de planificación, es indispensable en todos los niveles, la formación adecuada para planificar y administrar. Como en la planificación de la APS intervienen factores políticos, sociales y económicos, han de trabajar en ella equipos de planificación multidisciplinarios, sobre todo en el nivel central, integrados, entre otros, por personas con conocimientos de economía, ciencia política y otras ciencias sociales. La planificación central está orientada a que las comunidades puedan organizar sus propias actividades de APS, por lo tanto, es importante aclarar la función que desempeñan en la estrategia nacional de la atención primaria de salud y, en su propio nivel, en el proceso general de desarrollo.

Finalmente, en el caso de los recursos humanos, la población es el recurso más importante de todo país, pero con frecuencia no se utiliza debidamente. Sin embargo, como la APS tiene que aprovechar plenamente todos los recursos disponibles, le es indispensable movilizar todas las reservas de personal de que dispone la comunidad. Para esto es necesario que los individuos y sus familias estén dispuestos a asumir una mayor responsabilidad en el mantenimiento de su propia salud. El interés de la población por sus propios problemas de salud y su participación activa para resolverlos no son solamente una manifestación clara de conciencia social y confianza en la propia capacidad, sino un factor importante para garantizar el buen éxito de la atención primaria de salud.

Además, debe existir el personal sanitario profesional en los casos en que se necesite una asistencia más compleja o asesoramiento sobre problemas de mayor dificultad, el trabajador o agente sanitario de la comunidad debe contar con la ayuda de profesional capacitado. Las categorías de ese personal, situado en diversos niveles del sistema sanitario, varían según los recursos de cada país, aunque, cualquiera que sea su situación, su labor

recibe una nueva orientación por la necesidad de apoyar y fortalecer la atención primaria de salud.

Al mismo tiempo, las funciones del personal capacitado aumentarán por el hecho de aplicar sus conocimientos técnicos tanto a la solución de problemas de salud, determinados en función de las necesidades sociales, como a la orientación, enseñanza y supervisión del personal de salud que trabaje en las comunidades, y educar a esas comunidades en todo cuanto se relacione con su salud. En consecuencia, además de sus funciones técnicas, tendrá funciones sociales y docentes, lo cual será un estímulo que, una vez aceptado, convertirá a ese personal en dirigente de las actividades sanitarias.

Diante da descrição resumida sobre o processo ideológico da política de saúde mundial referendada naquele momento histórico sobre a necessidade do primeiro contato do sujeito (individual/coletivo) ao sistema de saúde a partir da APS, em consequência é criado no Brasil em 1988 o Sistema Único de Saúde, formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2000). Neste sentido, acreditamos que o SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios representam um processo para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização.

Por conseguinte, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde do país já que, antes a saúde era entendida como "o Estado de não doença", o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Uma lógica que, no nosso entendimento, significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas de um lugar a uma inovação centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, dentre outros (BRASIL, 2000).

De acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, no seu capítulo I,

assinala como responsabilidades e compromissos do Sistema Único de Saúde as seguintes ações:

-identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

- formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, o acesso universal e igualitário;

- assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e preventivas;

-execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

- formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

- ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

- vigilância nutricional e a orientação alimentar;

- colaboração na proteção do meio ambiente (trabalho);

- formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

- controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde (substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos); de alimentos, água e bebidas para consumo humano e Sangue e seus derivados;

- incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Esta Lei estabelece também, no seu capitulo II, os princípios e diretrizes do SUS destacados a seguir.

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário.

- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.

- Participação da comunidade.

- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

- Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população.

- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Reforça também que ela “deve” (destaque nosso) ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

Por isso, defendemos que é fundamental que a ABS se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Além do mais, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) precisam ser instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam, vivem no sentido de serem sujeitos proativos na garantia ao acesso da população a uma assistência de saúde de qualidade.

Desta maneira, o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), caracteriza a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma

atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Por isso ela necessita ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas e ser o contato preferencial dos usuários, a porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Da mesma forma que o SUS, a política da Atenção Básica é norteada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. E, por isso, analisa o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, procurando produzir a atenção integral, tendo os seguintes fundamentos e diretrizes (BRASIL, 2012):

- ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;

- adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

- coordenar a integralidade em suas várias atividades, a saber: integração das ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalho de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realização da gestão do cuidado integral do usuário e coordenação da rede de atenção;

- estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação

dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Além do mais, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) tem na Saúde da Família (SF) sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco-regionais.

No que diz respeito à realidade do sistema de saúde na Colômbia, ela se estabelece a partir da Lei nº 100 de 23 de dezembro de 1993 (COLOMBIA, 1993) com o Sistema de Seguridade Social Integral, definido como conjunto de instruções, normas e procedimentos que dispõem a pessoa e a comunidade para gozarem de uma qualidade de vida, mediante o cumprimento progressivo dos planos e programas que o Estado e a sociedade desenvolvem para proporcionar a cobertura integral das contingências, especialmente àquelas que diminuem a saúde e a capacidade econômica, dos habitantes do território nacional, com a finalidade de alcançar o bem estar individual e a integração da comunidade.

A referida Lei sinaliza em seu Capítulo I, Artigo 1, que o Sistema de Seguridade Social Integral objetiva garantir os direitos inquebrável da pessoa e da população para obter a qualidade de vida de acordoa dignidade humana mediante a proteção das contingências que a afetam. Já o Artigo 2menciona os princípios do serviço público essenciais da Seguridade Social tais como eficiência, universalidade, solidariedade, integralidade, unidade e participação, definidas a seguir.

- Eficiência é relativa a uma melhor utilização social e econômica dos recursos administrativos, técnicos e financeiros disponíveis para que os benefícios ao direito da seguridade social sejam adequados, oportunos e suficientes.

- Universalidade é a garantia da proteção para as pessoas, sem qualquer discriminação, em todas as etapas da vida.

- Solidariedade constitui uma atitude de mútua ajuda entre as pessoas, as gerações, os setores econômicos, as regiões e as comunidades a partir do princípio do mais forte ao mais débil. É dever de o Estado garantir a solidariedade no Sistema de Seguridade Social mediante sua participação, controle e direção. Os recursos provenientes do erário público no sistema de Seguridade se aplicarão sempre aos grupos de população mais vulnerável.

- Integralidade considerada como a cobertura de todas as contingências que afetam a saúde; a capacidade econômica, em geral as condições de vida de toda população. Para tanto contribuirá segundo a capacidade e receberá o necessário para atender suas contingências amparadas por essa lei.

- Unidade que consiste na articulação de políticas, instituições, regimentos, procedimentos e prestações para alcançar os fins da Seguridade Social.

- Participação entendida como a intervenção da comunidade através dos beneficiários da Seguridade Social na organização, controle, gestão e fiscalização das instituições e do sistema no seu conjunto.

Ainda a respeito do Capítulo II, o Artigo 6 deixa claro que o Sistema de Seguridade Social Integral ordenará as instituições e os recursos necessários para alcançar os seguintes objetivos:

1) garantir as prestações econômicas e de saúde que tenham relação laboral ou capacidade econômica suficiente para filiar-se ao sistema;

2) garantir a prestação de serviços sociais complementares nos termos da presente lei;
3) garantir a ampliação de cobertura à toda população mediante mecanismos no desenvolvimento do princípio constitucional de solidariedade, permitindo que setores sem a capacidade econômica suficiente como camponeses, indígenas e trabalhadores independentes, artistas, desportistas, mães comunitárias, tenham acesso ao sistema e a concessão das prestações de forma integral.

Posteriormente, em atendimento a Lei nº 100, surge a Resolução nº1841 de 28 de maio de 2013 que adota o Plano Decenal de Saúde Pública (PDSP) 2012 – 2021(COLOMBIA, 2013), o qual é definido como uma proposta política de equidade em saúde, entendida como a ausência de diferenças em saúde entre grupos sociais consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas. Isto implica que a equidade em saúde se consegue quando as pessoas alcançam seu potencial de saúde independentemente de suas condições sociais, culturais e econômicas.

O PDSP de 2012-2021 é produto do Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) 2010-2014 (COLOMBIA, 2011) que busca a redução da iniquidade em saúde, considerando-se os seguintes objetivos:

1) avançar na garantia do direito efetivo da saúde;

2) melhorar as condições de vida que modificam a situação de saúde e diminuem a carga de enfermidade existente;

3) manter certa tolerância à mortalidade, morbidade e deficiência evitável.

Ademais, o referido Plano é indicativo de princípios que guiam a política e as ações fundamentais de intervenções dos comportamentos, dos serviços de saúde e da participação social. Porém, os governos departamentais, distritais e locais precisam adaptá-lo à sua própria problemática e administrar a sua execução. É integral, porque se planeja a partir das dimensões prioritárias à vida da pessoa; é dinâmico, porque necessita de reorientações permanentemente, a partir da avaliação de seus resultados e das mudanças ocorridas no social focado no processo de planificação territorial definido na Lei 152 de 1994 (COLOMBIA, 1994).

Esse Plano também incorpora diferentes enfoques complementares:

1) o enfoque de direitos;

2) o enfoque de perspectiva de gênero e ciclo de vida (idoso, adulto, adolescente e criança);

3) o enfoque diferencial (necessidades específicas das populações com incapacidades, vítimas de violência, situações de despojo, diversidade sexual, e grupos étnicos); e

4) o modelo de Determinantes Sociais de Saúde (DSS), dado que as iniquidades de saúde são determinadas por processos que fazem referência às condições de vidadas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e têm sido reconhecidas como o problema dominante na situação de saúde nas Américas, inclusive da Colômbia.

Finalmente, a Resolución 429 de 12 febrero 2016 (COLOMBIA, 2016) adota a Política de Atención Integral en Salud (PAIS), e o seu Artigo 1º explicita a natureza do direito fundamental à saúde e orienta os objetivos do Sistema de Saúde e da Seguridade Social na saúde a garantia do direito à saúde da população, gerando mudanças de prioridades do Estado como regulador à subordinação das prioridades e interesses dos integrantes aos objetivos da regulação, que centra o sistema no cidadão.

O objetivo da PAIS está dirigido também à criação das melhores condições de saúde da população, mediante regulação da intervenção dos segmentos setoriais e intersetoriais responsáveis para garantir a atenção da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento,

reabilitação e tratamento paliativo com condições tais como acessibilidade, aceitabilidade, oportunidade, continuidade, integralidade e capacidade de resolubilidade.

É uma política que exige a interação coordenada das entidades territoriais a cargo da gestão da saúde pública, das Entidades Administradoras de Planos de Benefícios (EAPB) e dos prestadores de serviços de saúde. Essa coordenação implica a implementação e segmento dos Planos Territoriais de Saúde, em concordância com os Planos de Desenvolvimento Territoriais, o Plano Decenal de Saúde Pública 2012-2021 (COLOMBIA, 2013) e o Plano Nacional de Desenvolvimento 2014-2018 (COLOMBIA, 2015).

Esta Resolução 429 (COLOMBIA, 2016) no parágrafo 1º descreve a política de atenção integral de atenção em saúde com um marco estratégico e um marco operacional que corresponde ao Modelo Integral de Atenção em Salud (MIAS). O Artigo 2° se refere ao marco estratégico da PAIS que fundamenta a Atenção Primária à Saúde, com enfoque de saúde familiar e comunitária, o cuidado, a gestão integral do risco e o enfoque diferencial para os distintos territórios e populações. Tais estratégias permitem a articulação e harmonização da segurança, a prestação de serviços de saúde e o desenvolvimento das políticas e programas de saúde pública, de acordo com a situação de saúde das pessoas, famílias e grupos das comunidades, sustentada em processos de gestão social e de uma política de carácter intersetorial, aplicada nos contextos populacionais e territoriais.

Não poderia deixar de destacar na PAIS o Artigo 3° que estabelece um modelo operacional a partir de estratégias definidas, adotando ferramentas para garantir oportunidade, continuidade, integralidade, aceitabilidade e qualidade da atenção à saúde da população, sob condições de equidade, e compreende o conjunto de processos de priorização, intervenção e pactos institucionais que direcionam de maneira coordenada, as ações de cada um dos integrantes do sistema, numa visão centrada nas pessoas.

Na oportunidade, aproveitamos este momento para comentar, especificamente, sobre a possibilidade do protagonismo do trabalho da Enfermagem como prática social na construção da Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica de Saúde a partir de seus saberes e práticas.

Mesmo já tendo discutido neste estudo a Enfermagem como profissão, portadora de seus critérios técnicos e científicos, de competências e valores ético-profissionais, não podemos deixar de enfatizar que ela tem que ser reconhecida como trabalho e, para tanto, faz–se necessária a opção por um afastamento dos padrões normativos e técnicos, percebendo-a

no processo de trabalho em saúde. Além disso, Almeida e Rocha (1986) relembra que o processo de trabalho da Enfermagem é norteado pela divisão social e técnica do trabalho, com características de parcelamento de sua prática em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes.

Sem embargo, o trabalho da Enfermagem/saúde é compreendido por Lima e outros (2005) que não pode ser uma simples reprodução de técnicas, fragmentado, impessoal e destituído de afeto, felicidade, alegria e solidariedade. Ele tem de produzir vínculos entre os diferentes protagonistas – usuários/ trabalhadores, gestores e instituições de saúde –, ou seja, precisa ser produtor de um tipo de acolhimento que potencialize as pessoas e os processos de trabalho, contribuindo para mudanças na concepção da saúde e do cuidado como um direito, inclusive do trabalhador.

Uma outra concepção revisitada sobre o processo de trabalho em saúde/Enfermagem é traduzida pelas estudiosas desse objeto, as enfermeiras Puntel e Melo (1997), ao defini-lo que é o modo como o homem produz e reproduz sua existência e, ao fazê-lo, estabelece relações sociais e objetiva sua subjetividade. Complementam que a Enfermagem ao assumir-se como trabalho, e no seu próprio desenvolver, ou seja, no processo de trabalho da saúde, identificam seus momentos, caracterizando sua finalidade, tecnologia/atividades, objeto e agentes, em outras palavras, encontra-se a organização tecnológica da prática de Enfermagem, apreendendo-a na sua relação como outros trabalhos da saúde e na sociedade capitalista, e diante a articulação, adota-se complementariedade desse trabalho com outros.

Para tanto, segundo Braverman (1987) no momento que o cuidado humano é transformado em trabalho em relação à saúde, adquire características particulares, sendo desenvolvido por diferentes ramos de especialidades profissionais, nas quais diversos grupos de trabalhadores cooperam entre si, determinando relações entre eles, em torno do objeto, dos instrumentos de trabalho e dos produtos derivados dessas atividades. Nesse processo de trabalho em saúde mais amplo, as diversas atividades que o compõem são complementares, com maior ou menor grau de autonomia, mas de um modo em que não há o mesmo parcelamento hierárquico de autoridade e de poder entre os agentes.

Em vista disso, essa distribuição de autoridade ocorre, de acordo com Schwengber (2008), pela subordinação dos executores aos mentores, de modo que as tarefas de determinado trabalho não se distribuem apenas em função de sua característica técnica, mas,

também, de uma lógica de diferenciação social. A respeito do processo da Enfermagem, é preciso entender que ele se realiza como um trabalho que se constitui no interior do trabalho em saúde, produzindo-se em sua relação com as demais profissões da saúde e, nessa articulação, reconhece-se sua complementaridade com outros trabalhos.

Todavia, para (ALMEIDA; ROCHA, 1986; ROCHA, 1987; SILVA, 1986; LIMA, 1995; ALMEIDA; ROCHA, 1997) a Enfermagem, como parcela do trabalho em saúde, participa do processo de produção dos serviços de saúde em nível coletivo. Assim, o processo de trabalho da Enfermagem vai ganhando autonomia e não se vê mais subordinado ao processo de trabalho médico, como o modelo clínico impunha, mas sim ao processo de trabalho em saúde coletiva. É um processo de trabalho que toma como instrumentos a clínica, em seu modelo epidemiológico: o saneamento ambiental, as políticas sociais, as Ciências Sociais, a educação em saúde, os trabalhos em grupo e outras atividades que, de forma conjunta com outras ações, vão recortando vários objetos além do corpo biológico, a fim de controlar a ocorrência de doenças na população.

Ademais, também é possível considerar o processo de trabalho no contexto na APS, o qual deve ser organizado e desenvolvido para a assistência de grupos populacionais da sua área de abrangência (OLIVEIRA; SUTO; SILVA, 2016). Por conseguinte, ao falarmos do processo de trabalho da Enfermagem na APS/ABS, é evidente que o processo de transição entre os modelos de atenção à saúde da população ainda é abordado com tentativas de se abandonar o modelo biomédico e, ao mesmo tempo, internalizar o novo modo de pensar e agir requerido pela visão ampliada do processo saúde-doença (DUTRA; SOARES; MEINCKE; MATOS, 2016).

Por outro lado, embasadas no documento da OMS (1997), Rocha e Almeida (2000) referem que em todo o mundo, a natureza e a prática da Enfermagem são influenciadas pela realidade que compreende a política, a economia e a cultura e essa realidade difere de país para país, de região para região.

Entretanto, mesmo com tais diversidades de contextos territoriais/geográficos e determinantes referidos (políticos, socioeconômicos e culturais), para a enfermeira desenvolver o seu trabalho necessita ter competência, que vai sendo adquirida ao longo da formação, qualificação e experiência profissional. Essas competências são definidas por

Almeida e Rocha (1986), como aquisições, aprendizados que se constroem no decorrer das situações que o profissional enfrenta.

Outrossim, compreendemos que a formação da enfermeira acompanha cada momento histórico fundamentado em paradigmas defendidos sobre o processo saúde-doença, as políticas de saúde hegemônicas que não apenas valorizam, mas também fortalecem as práticas de saúde e, consequentemente, de Enfermagem.

É consenso entre os estudiosos, segundo Pires (1998), que as concepções de saúde-doença, as práticas assistenciais, as formas de desenvolvimento do trabalho, a divisão do trabalho e **o processo de formação profissional e de produção e reprodução dos conhecimentos** (destaque nosso), modificam-se ao longo da história. Mas, apesar de ser possível identificar uma historicidade própria do campo da saúde, essas práticas sempre fizeram parte de sociedades específicas sendo por elas influenciadas.

A própria história da Enfermagem, de acordo Pires (1998), organiza-se como profissão sob o modelo capitalista de produção, e desenvolve sua prática no espaço institucional hospitalar e, depois no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo em saúde. Assim, a lógica da organização capitalista do trabalho é incorporada na organização da assistência de saúde, o que verifica mais claramente no espaço institucional. E, a assistência de saúde resulta do trabalho coletivo, parcelado em diversas atividades exercido por profissionais de saúde e outros profissionais ou trabalhadores "treinados" para atividades especificas.

Entretanto, a Enfermagem como prática social é sinalizada por Rocha e Almeida (2000) em um dos seus estudos que o pensamento social foi introduzido na saúde no século XIX em alguns países europeus como França, Alemanha e Inglaterra, o que se denominou de Medicina Social. O segundo momento ocorreu após o término da 2ª Guerra Mundial, nos Estados Unidos e vinte anos depois esse movimento atinge a América Latina. Porém a compreensão do social no campo da saúde provocou uma ruptura com os modelos cartesianos de investigação que reduziam as relações de causa e efeito ao plano biológico e remetiam à sua resolução ao modelo clínico de diagnóstico e terapêutica.

Ao resgatarmos a formação da enfermeira centrada nesse modelo cartesiano desde o século XIX, assumido no início século XX, precisamente em 1910 com o Relatório Flexner- vemos que ainda persiste, apesar de algumas mudanças no decorrer do tempo, fortalecido e valorizado com as suas características de modelo curativista (preocupação apenas com a cura,

desconsiderando a prevenção das doenças e a promoção da saúde), biologicista (focado no biológico ou seja, relação causa –efeito no processo do adoecimento), tecnicista (ênfase às técnicas e manuseio de equipamentos e maquinários na atenção ao indivíduo/família), mecanicista (ações mecânicas, impessoais), especializado(ênfase nas especializações, sem olhar o outro em sua integralidade), hospitalocêntrico em detrimento da atenção básica, focado no indivíduo em detrimento do coletivo).

Diante da realidade, é fundamental que tenhamos uma compreensão, para que possamos assim defender como Puntel e Melo (1997), de forma efetiva as práticas em saúde articuladas ao modo de produção, às políticas sociais e como parte de um processo de trabalho histórico, coletivo, organizado socialmente para atender aos carecimentos sociais.

Ao concebermos a Enfermagem como uma prática social, a entendemos conforme Trezza, Santos e Leite (2008), como a ação que se desenvolve em resposta a um interesse e/ou necessidade da pessoa e da sociedade, exercida por seus praticantes sobre o objeto do seu fazer, mediante da qual estabelecem relações e aplicam o seu saber como forma de transformar uma realidade concreta.

Concordamos com as autoras que entender a Enfermagem como uma prática social não significa desprestigiá-la, mas, ao contrário, visualizá-la "ombro a ombro" com as demais profissões que dividem o trabalho de produzir serviços de saúde. Além disso, é admitir a possibilidade de levar a Enfermagem a sair de sua confortável 'cápsula de assepsia' e neutralidade acadêmica, de poucas trocas e poucas problematizações em relação ao presente, para se dirigir a todos.

Esta compreensão da Enfermagem como uma prática social é mais uma vez explicitada por Trezza, Santos e Leite (2008) ao justificarem que é compreendê-la como uma profissão dinâmica, sujeita a transformações permanentes e que precisa estar de acordo, continuamente, incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações, porque seu princípio ético é o de manter ou restaurar a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida, e considerá-la como um trabalho necessário e de interesse da sociedade, inserido no processo de trabalho que produz serviços em saúde, exercido por enfermeiras, técnicas (os) e auxiliares de Enfermagem e cujo produto final é o cuidado de Enfermagem à pessoa no seu processo saúde-doença.

Neste sentido, Ferreira, Périco e Dias (2018), reforçam que a Enfermagem é uma prática profissional socialmente relevante, historicamente determinada e faz parte de um processo coletivo de trabalho com a finalidade de produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os demais membros da equipe no contexto político social do setor saúde.

Particularmente, no campo da APS/ABS, para as referidas autoras o trabalho da enfermeira nesse cenário está pautado em duas dimensões:

a) produção do cuidado e gestão do processo terapêutico, cujo objetivo "atividades para promoção, manutenção e recuperação da saúde" (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017, p. 754).

b) atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de Enfermagem.

Tais dimensões estão entrelaçadas até porque a produção do cuidado às pessoas, famílias e grupos da comunidade e as atividades de gerenciamento dos serviços de saúde e da equipe de enfermagem tem um objetivo maior que é defender a VIDA.

Enfim, acreditamos que as enfermeiras, ao participarem desse processo de transformação, transformam-se também, sem perder de vista os princípios e diretrizes do SUS, APS/ABS em defesa da vida dos cidadãos.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia é um instrumental de pesquisa essencial para o cumprimento dos seus objetivos, sendo entendida por Martins (2004), como o conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, mediante indagações e questionamentos acerca de seus limites e possibilidades, ao mesmo tempo em que reforça que a considera como uma disciplina instrumental a serviço da pesquisa; nela, toda questão técnica implica uma discussão teórica.

Além disso, segundo Minayo (2009), a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). Também abrange as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade. No entanto, acreditamos que nada substitui a nossa criatividade como pesquisadora.

Para tanto, descrevemos a seguir o caminho metodológico desenhado para nesta pesquisa, apresentando elementos fundamentais que incluem natureza e tipo de estudo, cenários e critérios da seleção dos campos de investigação propriamente ditos, participantes e critérios de inclusão, técnicas e instrumentos de coleta, método de análise dos dados e aspectos éticos e legais da pesquisa.

3.1 Natureza e tipo de estudo

É um estudo qualitativo, aquele que segundo Minayo (2009), responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes. Desta forma, a diferença entre abordagem quantitativa e qualitativa da realidade social é de natureza e não de escala hierárquica.

Neste mesmo sentido, para Assis (2014), na abordagem qualitativa, a cientista objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda ações dos indivíduos, grupos ou

organizações em seu ambiente ou contexto social, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito. Assim sendo, temos os seguintes elementos fundamentais no processo da pesquisa de abordagem qualitativa: a interação entre o objeto de estudo e pesquisador (a); o registro de dados ou informações coletadas; e a interpretação/ explicação do pesquisador (a).

Por conseguinte, este estudo é uma pesquisa exploratória, uma vez que como pesquisadoras nos relacionamos com o fenómeno investigado com a finalidade de uma maior compreensão,entendimento e precisão, e nesse sentido, de acordo com Gil (2008) a pesquisa exploratoria tem como principal fim desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

A escolha do tipo deste estudo numa abordagem exploratória nos proporcionou uma maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Concordamos com Selltiz e outros (1965) ao referirem que seu objetivo principal é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Além do mais, experenciamos um planejamento flexível, nos possibilitandoconsiderar os mais variados aspectos relativos ao fenômeno estudado, a partir de experiências práticas com o objeto pesquisado, estimulando-nos sua compreensão.

No sentido mais geral, nos embasamos em Minayo (2001) para justificar tal opção uma vez que existem várias teorias que competem entre si para explicar ou para ajudar a (o) pesquisador (a) a compreender determinada questão, além da existência de problemas novos para os quais não foram desenvolvidas teorias específicas. Quando falamos de pesquisa exploratória, ela facilitou-nos como pesquisadora, propor um novo discurso interpretativo. Neste sentido, comungamos com essa autora que os estudos de natureza exploratória, devido a sua característica de indagação de relações, fatos e processos muito pouco conhecidos dispensam a elaboração de hipóteses, porque os pesquisados não têm ainda os subsídios de comparação para elaborá-las.

Por otra parte en la revisión de estudios realizada en lengua española, encontamos el documento titulado “Investigación cualitativa en enfermería. Metodologia y didactica” (PRADO et al., 2013) en el cual se comenta que el estudio exploratorio tiene por objetivo

conocer el objeto de estudio tal como se presenta, su significado y el contexto donde se inserta. Su enfoque se dirige a la mayor aproximación con el problema, con el fin de hacerlo más explícito. Ese tipo de investigación tiene como alcance el perfeccionamiento de las ideas o el descubrimiento de nuevas ideas.[11]

3.2 Campos do estudo

Para o desenvolvimento da pesquisa selecionamos dois países, um deles é a República Federativa de Brasil, país com uma superfície de 8.511.965 km2; possui limites com todos os países de América do Sul, exceto com Equador e Chile; sua população é de 208.538.511 habitantes. O Brasil é uma federação composta por 26 estados, um Distrito Federal, com a capital do país, Brasília e municípios.

Dentre as unidades federativas brasileiras, destacamos o estado da Bahia, cuja capital é Salvador, ocupando 6,64% do território nacional. Da área de 564.692,67 km², cerca de 68,7% encontram-se na região do semiárido, enquanto o litoral mede 1.183 km, o maior litoral dentre todos os estados brasileiros. Seu vasto território abriga muitos tipos de ecossistemas (BAHIA, 2015). O Estado é constituído por 417 municípios, com uma população aproximada em 15 milhões de habitantes (BRASIL, 2018).

Segundo a Secretaria da Educação do Estado da Bahia (BAHIA, 2018), as Instituições Estaduais de Ensino Superior do Estado da Bahia – IES buscam congregar, em seu fazer cotidiano, as dimensões de Ensino (Graduação e Pós-Graduação) Pesquisas e Extensão. Cada uma dessas dimensões apresenta características e complexidades próprias, e o diálogo e articulação com a sociedade têm se constituído elementos imprescindíveis para o crescimento do universo acadêmico no estado.

As ofertas de cursos, tanto na Graduação como na Pós-Graduação procuram garantir a formação de profissionais para refletir e interferir de modo crítico, produtivo e propositivo, com vistas ao desenvolvimento social e humano da sociedade baiana. A articulação entre as

[11] A descrição do documento (Investigación cualitativa en Enfermería. Metodologia y didactica), é escrito em espanhol, com o propósito de que a tradução para outro idioma não gere uma interpretação errônea. As informações a seguir foram obtidas do documento de Prado et al (2013).

dimensões busca promover e qualificar a produção do conhecimento acadêmico. Desse modo, tanto os procedimentos metodológicos de pesquisa, quanto os conhecimentos produzidos pela efetiva aplicação, convertem-se em informações e conteúdo que são transmitidos através do ensino de Graduação e Pós-Graduação ao conjunto da sociedade.

Dentre os 417 municípios doestado da Bahia encontra-se o município de Feira de Santana, um dos cenários deste estudo, com uma extensão de 1 338 km² e uma população com 556 756 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 416,1 habitantes por km² no território do município (FEIRA DE SANTANA, 2016).

Feira de Santana é um município caracterizado, como o mais importante centro polarizador de desenvolvimento do interior do Estado no, pelos seus indicadores econômicos e sociais, (UEFS, 2018).

Segundo a Lei nº 3651, de 16 de dezembro de 2016 (FEIRA DE SANTANA, 2016), o município tem seis (14) instituições de ensino superiores sendo três Universidades públicas, a Universidade Estadual de Feira de Santana – (UEFS) a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – (UFRB) e o Instituto Federal da Bahia – (IFBA). As 11 são instituições universitárias privadas, dentre elas a Faculdade Anisio Teixeira –(FAT), a Faculdade de Tecnologia e Ciência– (FTC), a Faculdade de Ensino Superior da Cidade de Feira de Santana– (UNEF), a Faculdade Nobre– (FAN), a Faculdade Regional da Bahia – (UNIRB), a Faculdade Unidas de Feira de Santana– FUFS, a Universidade Salvador– (UNIFACS), o Seminário Teológico Batista do Nordeste– (STBN), a Faculdade Arquidiocesana de Feira de Santana – (FAFS), a Faculdade Pitágoras e a Faculdade Regional da Bahia –(UNIRB).

Além disso, considerando que o Ensino Superior hoje não só conta com a modalidade de ensino presencial, o município tem visto ampliar-se nos últimos anos a oferta de IES na modalidade a distância e semipresencial. Cerca de oito instituições (Fundação da Instituição Educacional Leonardo da Vinci–(UNIASSELVI), a Universidade Norte do Paraná–(UNOPAR), a Faculdade de Anhanguera, a Universidade do Sul de Santa Catarina –(UNISUL), a Universidade Santo Amaro–(UNISA), a Faculdade de Clarentiano, o INSTITUTO PRÓ-SABER, entre outras) oferecem hoje cursos de graduação e pós-graduação, além das já citadas, assim como a oferta de cursos na modalidade à distância, que também se configura nas universidades públicas, a exemplo da própria UEFS, e a

Universidade do Estado da Bahia– (UNEB), que embora não tenha campus presencial no município, dispõe de Pólo para cursos de Ensino a Distância (FEIRA DE SANTANA, 2016).

A partir deste momento destacamos a UEFS como IES em virtude da mesma fazer parte de um dos cenários deste estudo, descrevendo a sua conformação a seguir.

A Universidade Estadual de Feira de Santana foi criada em 1970, com a concepção da Fundação Universidade de Feira de Santana (UEFS), e é a única IES pública atuando no município e aquela que oferece o maior número de vagas, com 7.000 estudantes matriculados em cursos de graduação presenciais e 1.550 vagas oferecidas anuais em cursos nas diversas áreas do conhecimento.

A UEFS oferta atualmente 28 cursos de graduação permanente, sendo 14 cursos de bacharelado, 11 cursos de licenciatura e três (3) cursos com dupla modalidade, licenciatura e bacharelado. Os 28 cursos estão distribuídos em quatro áreas de conhecimento, sendo 25 cursos com processo seletivo e entrada semestral e três (3) cursos com vagas anuais. São ofertadas 1.006 vagas no primeiro semestre e 920 vagas para o segundo semestre, totalizando 1.926 vagas por ano. O quadro de vagas também é implementado por cursos/turmas de oferta especial como o Programa de Formação de Professores em Serviço; dois (2) cursos experimentais de Educação a Distância e uma turma de Direito, para beneficiários da Reforma Agrária (UEFS, 2018).

Cursos de graduação permanente campus sede – Feira de Santana:

Departamento de Tecnologia

Engenharia Civil

Engenharia da Computação

Engenharia de Alimentos

Departamento de Ciências Exatas

Licenciatura em Matemática

Licenciatura em Química

Departamento de Física

Licenciatura e Bacharelado em Física

Departamento de Ciências Sociais Aplicadas

Administração

Ciências Contábeis

Direito

Departamento de Ciências Humanas e Filosofia

Licenciatura e Bacharelado em Filosofia

Licenciatura em História

Licenciatura e Bacharelado em Geografia

Psicologia

Departamento de Educação

Licenciatura em Pedagogia

Departamento de Letras e Artes

Licenciatura em Letras Vernáculas

Licenciatura em Letras com Inglês

Licenciatura em Letras com Francês

Licenciatura em Letras com Espanhol

Licenciatura em Música

Departamento de Biologia

Licenciatura em Ciências Biológicas

Bacharelado em Ciências Biológicas

Agronomia

Departamento de Saúde

Licenciatura em Educação Física

Bacharel em Enfermagem

Bacharel em Odontologia

Bacharel em Farmácia

Bacharel em Medicina

No mesmo contexto da América Latina, o outro cenário escolhido para pesquisar é Colômbia com uma superfície de 1.141.748 km² e limites: ao norte com o mar das Antilhas, este com Venezuela, Brasil, oeste com o Oceano Pacífico, noroeste com Panamá e ao sul com Peru e Equador. A população é de 49.032.296 habitantes; sua capital é Bogotá, Distrito Capital; a língua é o espanhol e sua forma de Estado é República presidencialista. Colômbia como República Unitária é dividida administrativa e politicamente em 33 divisões: 32 departamentos (GOBIERNO DE ESPAÑA, 2017).

O Departamento de Boyacá é um dos maiores do país, possui 23.189 km2 de área de superfície; está localizado na parte oriental do país e atravessado pela Cordilheira Oriental da região Andina colombiana (GOBERNACIÓN DE BOYACÁ, 2017).

Sua capital é o município de Tunja, e neste contexto a Política Pública de la Juventud Municipio de Tunja (2015), descreve que a cidade está localizada na cordilheira oriental, na parte central do departamento de Boyacá, com altitudes variando de 2.700 metros acima do nível do mar até 3.150 metros acima do nível do mar na parte mais alta, com uma área de 121,4 km² e uma temperatura de 13 graus centígrado. Tunja é um reconhecido e importante centro literário, científico, esportivo, universitário, cultural e histórico; é considerada a cidade universitária da Colômbia, devido ao grande afluxo de estudantes de outras cidades que vêm a ser formados nas universidades da capital de Boyacá.

A respeito das universidades públicas na cidade encontramos Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia- (UPTC), Sevicio Nacional de Aprendizaje- (SENA), Universidad Nacional Abierta y a Distancia- (UNAD), e entre as privadas Corporación Universitaria Remington- (UNIREMINGTON), Fundación Universitaria Juan de Castellanos- (JDC), Universidad Antonio Nariño- (UAN), Universidad de Boyacá (UdB) e Universidad Santo Tomás- (USTA).

3.2.1 Cenários propriamente ditos do estudo

Os cenários deste estudo são a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e a Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC).

As duas IES, UEFS/1976 e UPTC/1974, foram selecionadas como campos de estudo a partir dos critérios de inclusão: Instituições de Ensino Superior públicas, com implantação na mesma década, tendo seus cursos de graduação em Enfermagem idealizados nos moldes da Atenção Primaria de Saúde defendida na Declaração de Alma Ata (Rússia) em 1978, inclusive por serem socialmente referenciadas nesta formação.

Universidade Estadual de Feira de Santana[12]

Localizada no Portal do Sertão, a Universidade Estadual de Feira de Santana UFES foi resultado de uma estratégia governamental com o objetivo de interiorizar a educação superior, até então, circunscrita à capital, Salvador.

Uma vez autorizada, a Universidade foi instalada, solenemente, no dia 31 de maio de 1976, com os seguintes cursos: Licenciatura de 1º e 2º graus em Letras – Inglês/Francês; Licenciatura Plena em Ciências, com habilitação em Matemática e Biologia e em Ciências 1º grau; Licenciatura Plena em Estudos Sociais, com habilitação em Educação Moral e Cívica e em Estudos Sociais 1º grau; e mais os **cursos de Enfermagem** (destaque nosso), Engenharia de Operações – Modalidade Construção Civil, Administração, Economia e Ciências Contábeis.

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 no ano de 1976, Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19-12-86 e Recredenciada pelo Decreto Estadual nº 9.271 de 14-12-2004, a UEFS vem se expandindo rapidamente, concentrando suas ações no centro-norte baiano, território que integra o semiárido, e está presente em cerca de 150 municípios baianos, em cumprimento do seu objetivo social que é preparar cidadãos que venham a exercer, tanto liderança profissional e intelectual no campo das atividades a que se propõem, quanto a terem responsabilidade social no sentido de serem capazes de desempenhar, propositivamente, o seu protagonismo na definição dos destinos da sociedade baiana e brasileira. O cumprimento desta atuação social a torna reconhecida como uma das mais expressivas Instituições de Educação Superior do Estado da Bahia e do País.

Completando os dados sobre a Universidade Estadual de Feira de Santana Oliveira (2014), comenta que a UEFS tem-se destacado na conjuntura regional de Feira de Santana, portal do semiárido baiano por seu pioneirismo e função na interiorização acesso à educação superior, sobretudo quanto à formação de pessoal, para minoração das diferenças sociais e econômicas. Além disso, ao cumprir sua função pública, por seus efeitos direitos e indiretos locais e regionais, a despeito de todos os entraves e limitações, a universidade vem consolidando-se, como exemplo de sucesso, diante da importância do investimento em

[12] As informações a seguir são obtidas no site oficial da UEFS

políticas públicas de interiorização e expansão do ensino superior, enquanto fator de contribuição ao desenvolvimento regional.

Portanto, ao criar novos cursos de graduação, de acordo Oliveira (2014), amplia-se o abanico de possibilidade de interação da universidade com seu entorno em virtude de novos investimentos infraestruturais, ações acadêmicas, diferentes linguagens científicas e culturais manifestas no seu cotidiano, na direção da máxima extensão da universalidade de campo. Ademais, infere-se ainda que ao longo da trajetória institucional da UEFS, confirma-se a existência e diferentes estratégias institucionais refletidas nas justificativas e nos objetivos do processo de expansão do ensino de graduação, no que diz respeito ao seu propósito de contribuição ao desenvolvimento da região de Feira de Santana.

A respeito da história da UEFS esse autor ainda justifica a ideia de uma Universidade no interior com vários cursos de graduação, consoante os interesses locais de desenvolvimento, uma ambição capaz de mobilizar, de forma significativa, diferentes segmentos no município de Feira de Santana. Contudo ressalta que a proposta não avançou porque se em Feira de Santana as manifestações eram fortes, por parte da Comissão de Planejamento Estadual (CPE) e das proposições expressas no Plano de Desenvolvimento do Estado da Bahia (PLANDEB), ou seja, das diretrizes para a política pública no Estado, o ensino superior tinha outro propósito, direcionado para a formação instrumental, à luz dos interesses do projeto desenvolvimentista da estrutura econômica, com protagonismo da região do Recôncavo, zona de influência da capital.

Por outro lado, Fontes (2016, p. 317) afirma que com a criação da UEFS as intenções governamentais seriam as de implantar na cidade de Feira de Santana "não apenas uma universidade, mas uma universidade modelo", os planejadores da Secretaria Estadual de Educação (SEC), sob o comando de intelectuais da Universidade Federal de Bahia, já teriam articulado e intencionavam outras propostas com base nos fundamentos "científicos" do planejamento, apoiados na teoria dos "polos de desenvolvimento". Pois, com base nesta teoria, não haveria como implantar instituição universitária modelo naquela cidade tomando-se como representação dominante na Bahia, de instituição modelar, a Universidade Federal de Bahia.

Da mesma forma, ainda naquele contexto da história, Fontes (2016) reitera que estava-se também confrontando as complexas desigualdades simbolizadas na evidente diferença

socioeconômica e cultural entre a capital e o interior do Estado baiano, vindo à tona questões de um passado histórico acumulado na relação com as exigências imediatas da "aceleração do desenvolvimento econômico" requerida pelo "milagre econômico". Ademais, no início da década de 1960, os intelectuais de Feira de Santana, preocupados com a questão da interiorização da Universidade de Bahia, idealizaram e elaboram (e/ou ajudaram a elaborar) projetos de ensino superior, tendo tomado como referência os modelos preexistentes, mas adaptando-os ao "interior".

Um aspecto relevante a ser considerado para criação da UEFS referido por Oliveira (2014) foi o trabalho realizado pela consultoria Construções e Planejamento (COPLAN S/A), o qual consta no seu conteúdo que uma pesquisa diagnóstica investigou as atitudes e opiniões dos habitantes de Feira de Santana ante o desenvolvimento, tendo como público-alvo certa amostragem de pais de família. Na oportunidade, verificou-se que 95% dos respondentes eram favoráveis à implantação de uma universidade no município. Dentre esses, 67% optavam pela criação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, 14% em Engenharia, Arquitetura e Agronomia, 7% por cursos de Filosofia e apenas 5% pelos cursos de Direito, Pedagogia e Ciências.

Não obstante, esse autor destaca que apesar do desejo da população feirense no que diz respeito aos cursos na área de saúde, as recomendações do planejamento público municipal 'focaram' para a diversificação das atividades econômicas e a consequente necessidade de formação de profissionais no ensino de graduação em cursos técnicos e de negócios capazes de refletir, suportar e impulsionar o avanço da economia local. Assim, a orientação inicial do ensino superior estadual baiano direcionava-se para o segmento da educação, porque considerava prioritária a necessidade de expansão da rede primária de ensino, ante o aumento das demandas populacionais e a carência de professores qualificados, conforme a previsão do Plano Integral de Educação e Cultura da Bahia, devido uma rápida e emergencial formação de quadros profissionais, que seria permitida pelo sistema de licenciaturas curta.

Todavia Fontes (2016, p. 317-318) explica que o fundamento principal referente à expansão do nível superior de ensino, fora dos limites da capital, seria o de executar a oferta de "escola de formação de professores" no interior do estado para atender os desígnios da resolução do "enigma" da economia baiana. No caso de Feira de Santana, diante do estágio

educacional de sua população, a “nova universidade” anunciada pelo governador, comportaria os créditos iniciais da formação superior, ou “as pré-graduações, isto é, os estudos básicos de primeiro ciclo” para formar professores “para o ginásio”, contemplando as “carreias novas e curta duração”.

Do mesmo modo, Oliveira (2014) esclarece que diferentes acontecimentos, manifestações e ações de intelectuais, lideranças políticas e educacionais, representações sociais e estudantis, da comunidade ou ligadas à causa universitária em Feira de Santana, bem como simpáticos à ideia de ampliação do acesso e interiorização da educação superior no estado da Bahia, colaboraram para a implantação e consolidação da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Daí esse autor enfatizar que criação da UEFS não foi um acontecimento contingente, nem mesmo planificado pelo governo estadual, mas, antes, um campo de forças com embates políticos que contou com a importante participação da sociedade feirense, já que seus intelectuais atuaram de forma decisiva para a implementação da primeira universidade estadual do interior da Bahia.

Após estas considerações iniciais, a UEFS foi criada a partir de 1970 e seguiu-se uma série de atos legais emitidos pelo poder público estadual, inclusive com a colaboração das autoridades municipais, com o fito de proporcionar o espaço físico para o seu campus, com a doação de áreas pertencentes ao Estado, do antigo Instituto Baiano do Fumo, e de desapropriação judiciais de terrenos contíguos para sua futura ampliação. Outras ações reportaram-se às condições orçamentário-financeiras, às instalações prediais, às contratações de pessoal e aos demais recursos infraestruturais, a fim de assegurar as condições necessárias à sua autorização de funcionamento junto aos órgãos competentes (OLIVEIRA, 2014).

Além disto, o elenco inicial de cursos de graduação previsto no Plano Diretor da UEFS, conforme Oliveira (2014), para o primeiro ano estava condicionado à capacidade das suas instalações infraestruturais, mas tinha como suposição a concentração em quatro áreas; Saúde, Educação, Ciências Sociais e Tecnologia, visando suprir as necessidades regionais com os cursos de Medicina, Odontologia, Ciências Econômicas, Administração de Empresas, Agrimensura, Engenharia de Operação, Letras, Ciências, Estudos Sociais, Licenciatura em Física, Licenciatura em Química, Licenciatura em Matemáticas, Licenciatura em Biologia, Licenciatura em Ciências Sociais e Licenciatura em Psicologia.

Com referência a área da saúde, as primeiras leituras dos formuladores da nova Universidade vislumbravam para a necessidade de criação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, considerando o grave problema da insuficiência de profissionais no interior do estado baiano. Com o processo do desenrolar dos acontecimentos, em abril de 1976, foi realizado o primeiro concurso vestibular, inscrevendo-se 1.684 candidatos para admissão de 500 futuros estudantes da UEFS. Em junho do mesmo ano, realizou-se o segundo vestibular com 899 candidatos inscritos e mais 500 vagas. Dessa forma, no início das suas atividades, a Universidade contava com 1.141 alunos, dentre transferidos de outras instituições, remanescentes da Faculdade de Formação de Professores e aprovados no vestibular. Os cursos mais procurados nos dois exames foram Administração, Ciências Econômicas, Enfermagem e Contabilidade, o que demonstrava, desde logo, a forte demanda por cursos técnico-professionais na região (OLIVEIRA, 2014).

Mas, no período de 1976 e 1982, nos primeiros anos após a autorização de seu efetivo funcionamento, a UEFS teve uma atuação apenas reflexiva e respondeu às demandas do mercado com predominância da função de ensino, reprodução do conhecimento e de práticas curriculares academicistas tradicionais.

Como visto, a ênfase concentrou-se na estruturação administrativa e acadêmica da universidade, aspectos infraestruturais e organizacionais, como espaço físico, composição da administração universitária, institucionalização e instrumentos normativos considerados prioritários. Atualmente, a UEFS oferta 28 cursos de graduação permanentes: 14 de bacharelado e 14 de licenciatura. Do total de 28 graduações, três delas ofertam dupla modalidade, licenciatura e bacharelado, o que amplia as possibilidades para 31 opções de formação. Dessas, 26 cursos têm processo seletivo com entradas semestrais, enquanto dois outros oferecem vagas anuais, Medicina e Licenciatura em Música.

Curso de Graduação em Enfermagem[13]

O Curso de Enfermagem da UEFS foi implantado em 27 de abril 1976, sob a denominação de **Enfermagem e Obstetrícia,** tendo sido autorizado pelo Decreto Presidencial

[13] As informações a seguir são obtidas no site oficial da UEFS.

77.496, de 27 de abril de 1976. O seu processo de reconhecimento ocorreu em 1980, e foi publicado na Portaria Ministerial nº 080, de 16 de janeiro de 1981.

Mais de duas décadas depois, o Novo Currículo do Curso de Enfermagem da UEFS, aprovado no Conselho Ensino Pesquisa (CONSEPE) da Resolução nº 26/98(UEFS, 1998), em decorrência da publicação de instrumentos normativos federais, após manifestações de várias Escolas de Enfermagem do país, representadas pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e demais entidades de classe, que desencadearam um movimento nacional, desde 1986, de análise e avaliação do Currículo Mínimo vigente, no intuito de reorientar a formação dos Bacharel em Enfermagem.

Em 2001, foi elaborado o PPP do curso (UEFS, 2001), e enviado ao Ministério de Educação e Cultura (MEC), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) com o perfil do egresso, os objetivos do curso, as competências e habilidades essenciais, os conhecimentos e conteúdos mínimos necessários para a formação em cada área e a bibliografia adotada.

No final de 2001 o CNE/CES/MEC oficializaram as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, com a Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001 (CNE /CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2001).

O Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS, em 2004, considerando a necessidade de adequação do seu currículo às atuais DCN, contidas da Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001 (CNE/CES/MEC) conduziu um novo movimento de mudança, após amplo processo de discussão, reflexão e avaliação do corpo docente e discente sobre questões e aspectos que permeiam a formação da futura enfermeira.

Uma nova proposta de reestruturação curricular do Curso de Graduação em Enfermagem foi aprovada e implantada, representando, nesse momento, um dos grandes anseios dos sujeitos sociais que integram o referido curso, àqueles sujeitos comprometidos com a melhora da qualidade do ensino de graduação em Saúde/Enfermagem.

De acordo com tal reestruturação curricular, o curso possui carga horária total de 4.160 horas, sendo 3.840 horas destinadas aos componentes obrigatórios (aulas teórico práticas e Estágio Obrigatório com 900 h), 200 horas para atividades complementares e 120 horas para os componentes curriculares optativos.

Modalidade: Bacharelado

Duração: Mínimo: 10 semestres; Máximo: 15 semestres.

Número de vagas: 40 vagas semestrais

Regime acadêmico: Semestral

Turno: Matutino/Vespertino

Perfil Profissional.

O Curso de Enfermagem da UEFS ao formar a enfermeira generalista, busca despertar a consciência crítica da realidade social onde está inserida levando-a para uma atuação preventiva com ações de promoção e proteção à saúde, pronto atendimento, limitação da invalidez, cura e reabilitação. Assim sendo, essa profissional necessita desenvolver as atividades nas áreas produção do cuidado, gestão do cuidado e serviços de saúde, pesquisa, ensino e educação, contribuindo para a organização do modelo assistencial de saúde e, consequentemente, para a melhoria da qualidade de vida da população.

Descrevemos a seguir a Matriz Curricular 2018 do curso de Graduação de Enfermagem da UEFS ilustrada no Quadro 4.

Quadro 4 Matriz curricular do curso de graduação de Enfermagem da UEFS 2018.

Primeiro Semestre				
CÓDIGO	**COMPONENTE CURRICULAR**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
BIO 117	Biologia Geral	Obrigatória	75(T= 45h/P= 30h)	-
BIO 424	Anatomia Humana	Obrigatória	60(T= 30h/P= 30h)	-
BIO 425	Histologia Humana	Obrigatória	60(T= 30h/P= 30h)	-
CHF 552	Tópicos Avançados de Filosofia	Obrigatória	45 (T= 45h)	-
SAU 219	História da Enfermagem	Obrigatória	30 (T= 30h)	-
SAU 241	Informática em Saúde	Obrigatória	60(TP= 60h)	-
SAU 271	**Saúde Coletiva**[14]	Obrigatória	90(T= 60h/P= 30h)	-
	TOTAL	**420**	-	
Segundo Semestre				
CÓDIGO	**COMPONENTE CURRICULAR**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
SAU 273	Semiologia e Semiotécnica Aplicada à Enfermagem	Obrigatória	120(T= 75h/P= 45h)	BIO 424
SAU 229	Didática Aplicada à Saúde	Obrigatória	45 (TP= 45h)	-
CHF 907	Psicologia Aplicada à Saúde	Obrigatória	60(TP= 60h)	-
SAU 221	Metodologia da Pesquisa em Saúde I	Obrigatória	30 (T= 30h)	-
BIO 401	Microbiologia e Imunologia	Obrigatória	60(T= 30h/P= 30h)	-
BIO 403	Bioquímica Básica	Obrigatória	60(T= 30h/P= 30h)	-
BIO 407	Fisiologia Humana	Obrigatória	60(T= 30h/P= 30h)	-
	TOTAL	**435**	-	
Terceiro Semestre				
CÓDIGO	**COMPONENTE CURRICULAR**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
SAU 227	Bases Teóricas e Metodológicas para o Cuidar em Enfermagem	Obrigatória	255(T= 75h/P= 180h)	BIO 401 BIO 407 SAU 273
SAU 220	Ética e Exercício da Enfermagem	Obrigatória	30 (T= 30h)	-
SAU 301	Nutrição e Dietética	Obrigatória	30 (T= 30h)	-
BIO 408	Patologia Geral	Obrigatória	45 (T= 45h)	BIO 401
SAU 966	Farmacologia Básica	Obrigatória	45 (T= 45h)	BIO 403 BIO 407
	TOTAL	**405**		

[14] Os Componentes Curriculares em registo são componentes compatíveis à lógica da APS.

Quadro 4 Matriz curricular do curso de graduação de Enfermagem da UEFS 2018

Quarto Semestre				
CÓDIGO	**COMPONENTE CURRICULAR**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
SAU 235	**Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I**	Obrigatória	180(T= 60h/P= 120h)	**SAU 227**
SAU 244	**Epidemiologia**	Obrigatória	60(TP= 60h)	-
SAU 265	**Estatística em Saúde I**	Obrigatória	45 (T= 45h)	-
CHF 206	**Sociologia da Saúde**	Obrigatória	45 (T= 45h)	-
CHF 309	**Antropologia da Saúde**	Obrigatória	45 (T= 45h)	-
BIO 405	Parasitologia Humana	Obrigatória	45 (T= 15h/P= 30h)	-
	TOTAL	**420**	-	
Quinto Semestre				
CÓDIGO	**COMPONENTE CURRICULAR**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
SAU 236	**Enfermagem na Saúde da Mulher criança e Adolescente II**	Obrigatória	180(T= 60h/P= 120h)	SAU 235
SAU 237	**Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso I**	Obrigatória	150(T= 60h/P= 90h)	SAU 227
BIO 427	Biofísica I	Obrigatória	45(T= 15h/P= 30h)	-
SAU 967	Farmacologia Clínica	Obrigatória	45(TP= 45h)	SAU 966 Farmacologia Básica
	TOTAL	**420**	-	
Sexto Semestre				
CÓDIGO	**COMPONENTE CURRICULAR**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
SAU 272	**Enfermagem em Saúde Coletiva I**	Obrigatória	135(T= 45h/P= 90h)	SAU 227 SAU 271
SAU 238	**Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II**	Obrigatória	180(T= 60h/P= 120h)	SAU 237
SAU 275	Análise e Interpretação de Exames Laboratoriais	Obrigatória	60(TP= 60h)	Co-requisito SAU 238
	TOTAL	**375**	-	
Sétimo Semestre				
CÓDIGO	**COMPONENTE CURRICULAR**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
SAU 274	**Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso III**	Obrigatória	150(T= 45h/P= 105h)	SAU 238
SAU 222	Metodologia da Pesquisa em Saúde II	Obrigatória	45(TP= 45h)	SAU 221
	TOTAL	**195**	-	

Quadro 4 Matriz curricular do curso de graduação de Enfermagem da UEFS 2018

Oitavo Semestre				
CÓDIGO	**COMPONENTE CURRICULAR**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
SAU 240	Gerência de Enfermagem em Serviços de Saúde	Obrigatória	120(T= 30h/P= 90h)	SAU 240
SAU 262	**Enfermagem no Contexto da Saúde Mental e do Adoecer Psíquico**	Obrigatória	105(T= 45h/P= 60h)	SAU 262
	TOTAL	**225**		
Nono Semestre				
CÓDIGO	**COMPONENTE CURRICULAR**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
SAU 263	**Estágio Supervisionado I**	Estágio Supervisionado	450 (E= 450h)	Todos os CCOB* anteriores
SAU 223	Pesquisa em Saúde	Obrigatória	45(TP= 45h)	SAU 222
	TOTAL	**495**	-	
***Componente Curricular Obrigatório (CCOB)**				
Décimo Semestre				
CÓDIGO	**COMPONENTE CURRICULAR**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
SAU 264	**Estágio Supervisionado II**	Estágio Supervisionado	450 (E= 450h)	Todos os CCOB* anteriores exceto SAU 223
	TOTAL	**450**	-	

Fonte: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Colegiado de Enfermagem Matriz Curricular, 2018.

A respeito desta Matriz Curricular, os componentes curriculares do 1º semestre são massivamente direcionados à área básica, ou seja, nas Ciências Biológicas, destacando-se apenas o componente curricular Saúde Coletiva, que pela sua formação ideológica encontra-se nas Ciências Sociais, Comportamentais e Políticas.

No 2º semestre, os componentes curriculares são literalmente da área básica; no 3º semestre continua o enfoque dos componentes curriculares dirigidos às questões da área básica/clínica, acompanhado do componente curricular Ética e Exercício da Enfermagem.

Dos seis (6) componentes curriculares do 4º semestre, três são da área das Ciências Matemáticas e Clínica; apenas dois (2) deles estão na área das Ciências Sociais (Antropologia da Saúde e Sociologia da Saúde) e um terceiro (Enfermagem na Saúde da Mulher) que poderá ter uma visão articulada com as Ciências Sociais, uma vez que no seu processo ensino-aprendizagem há atividades com campo de prática na APS/ABS.

Quanto aos quatro (4) componentes curriculares do 5º semestre, dois (2) deles tem um teoria-prática nas áreas clínica e social, Enfermagem na Saúde da Mulher criança e Adolescente II e Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso I.

Predomina no 6º semestre, entre os três (3) componentes curriculares, um deles é compatível à área das Ciências Sociais, o componente Enfermagem em Saúde Coletiva, tornando-se assim um dos semestres com uma abordagem voltada à APS.

No 7º semestre é visível que um dos componentes curriculares apesar de ter um enfoque direcionado à área clínica, também se articula com a área social com a Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso III.

De acordo com os componentes curricular do 8º semestre ressaltamos a abordagem da área de gestão com Gerência de Enfermagem em Serviços de Saúde desenvolve atividades práticas na APS/ABS, com o componente curricular Enfermagem no Contexto da Saúde Mental e do Adoecer Psíquico.

O componente curricular Estágio Supervisionado I do 9º semestre tem como campo de estágio as Unidades Básicas de Saúde, especificamente Unidades Saúde da Família (USF), e o componente curricular do 10º semestre, Estágio Supervisionado II, estágio que é desenvolvido, exclusivamente, no ambiente hospitalar.

Atualmente a matriz curricular do curso de Graduação em Enfermagem da UEFS é composta por 39 componentes curriculares obrigatórios (CCOB) e 48 componentes curriculares optativos (CCOP), apresentando uma carga horária total de 4160 hora ilustrada, a seguir, no Quadro 5.

Quadro 5 Carga horária total do curso de graduação em Enfermagem/UEFS.

DESCRIÇÃO	CARGA HORÁRIA (C.H.)
Componente Curricular Obrigatório - CCOB	2.940 h
Estágio Supervisionado – ES	900 h
Componente Curricular Optativo – CCOP	120 h
Atividade Complementar – AC	200 h
TOTAL	**4.160 h**

Fonte: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS, 2018)

Para integralizar o Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS, o discente deverá cursar o mínimo de 120 horas de componente curricular optativo a sua escolha, os quais estão disponíveis na matriz curricular do Curso de Enfermagem, ou optar por componentes curriculares ofertados para os outros cursos de graduação da UEFS.

No quadro 6 temos visualizado, a seguir, os Componentes Curriculares Optativos do Curso de Enfermagem.

Quadro 6 Distribuição dos componentes curriculares optativos para o curso de graduação em Enfermagem/UEFS.

Componentes Curriculares Optativos oferecidos pelo Departamento de Ciências Sociais/UEFS					
Nº	**CÓDIGO**	**COMPONENTES CURRICULARES**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
1	CIS 154	Direito Ambiental	Optativa	60(T= 60h)	-
2	CIS 157	Direito do Consumidor	Optativa	30(T= 30h)	-
3	CIS 187	Direito da Criança, do Adolescente e do Idoso	Optativa	60(T= 60h)	-
Componentes Curriculares Optativos oferecidos pelo Departamento de Ciências Biológicas/UEFS					
Nº	**CÓDIGO**	**COMPONENTES CURRICULARES**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
1	BIO 113	Genética Humana	Optativa	60(TP= 60h)	BIO 117
2	BIO 132	Bioética	Optativa	30 (T= 30h)	-
3	BIO 415	Hematologia	Optativa	60(TP= 60h)	-
4	BIO 436	Imunologia I	Optativa	60(T= 30h/P= 30h)	-
5	BIO 437	Animais Peçonhentos I	Optativa	45(TP= 45h)	-
6	BIO 520	Ecologia Humana	Optativa	60(TP= 60h)	-
7	BIO 605	Sexualidade e Educação	Optativa	60(TP= 60h)	-
8	BIO 606	Educação Ambiental	Optativa	45(TP= 45h)	-
Componentes Curriculares Optativos oferecidos pelo Departamento de Letras e Artes/UEFS					
Nº	**CÓDIGO**	**COMPONENTES CURRICULARES**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
1	LET 502	História Geral da Arte	Optativa	60(T= 60h)	-
2	LET 503	História da Arte Brasileira	Optativa	60(T= 60h)	-
3	LET 521	Inglês Instrumental I	Optativa	45(TP= 45h)	-
4	LET 522	Inglês Instrumental II	Optativa	45(TP= 45h)	LET 521
5	LET 701	Expressão Musical e Corporal	Optativa	45(T= 15h/P= 30h)	-
6	LET 703	Arteterapia	Optativa	60(TP= 60h)	-
7	LET 808	LIBRAS: noções básicas	Optativa	45(T= 45h)	-

Quadro 6 Distribuição dos componentes curriculares optativos para o curso de graduação em Enfermagem/UEFS.

Componentes Curriculares Optativos oferecidos pelo Departamento de Ciências Humanas e Filosofia/UEFS					
Nº	**CÓDIGO**	**COMPONENTES CURRICULARES**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
1	CHF 112	História Oral	Optativa	75(TP= 75h)	-
2	CHF 137	História dos Movimentos Sociais no Brasil	Optativa	60(T= 60h)	-
3	CHF 176	Estudos Interdisciplinares de Gênero	Optativa	60(TP= 60h)	-
4	CHF 400	Ciência Política	Optativa	60 (T= 60h)	-
5	CHF 903	Psicologia das Relações Humanas	Optativa	45 (T= 45h)	-
Componentes Curriculares Optativos oferecidos pelo Departamento de Saúde/UEFS					
Nº	**CÓDIGO**	**COMPONENTES CURRICULARES**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
1	SAU 150	Primeiros Socorros	Optativa	60(TP= 60h)	-
2	SAU 152	Educação Física Adaptada	Optativa	75(TP= 75h)	-
3	SAU 155	Trabalho e Lazer	Optativa	60(TP= 60h)	-
4	SAU 228	Saneamento e Meio Ambiente	Optativa	45(TP= 45h)	-
5	SAU 246	Enfermagem em Hemoterapia	Optativa	30(T= 30h)	
6	SAU 248	Enfermagem em Emergência e Unidade de Terapia Intensiva	Optativa	60(TP= 60h)	-
7	SAU 249	Enfermagem em Bloco Cirúrgico	Optativa	45(TP= 45h)	-
8	SAU 251	Enfermagem Oncológica	Optativa	45(T= 45h)	-
9	SAU253	Gerontologia Social	Optativa	45(T= 45h)	-
10	SAU 254	Terapêuticas Não Convencionais	Optativa	60(TP= 60h)	-
11	SAU 256	Medicina Legal I	Optativa	60(TP= 60h)	-
12	SAU 266	Vigilância em Saúde do Trabalhador	Optativa	45(TP= 45h)	-
13	SAU 268	Cuidado a Família em Situação de Hospitalização	Optativa	45(TP= 45h)	-
14	SAU 276	Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente em Situação de Exclusão Social	Optativa	60(TP= 60h)	SAU 236
15	SAU 277	Vigilância Sanitária de Serviços e Produtos	Optativa	30(T= 30h)	-
16	SAU 278	Saúde da Família	Optativa	30(T= 30h)	-
17	SAU 296	O Cuidar de Pessoas com Insuficiência Renal	Optativa	45(TP= 45h)	-
18	SAU 297	Atenção à Saúde aos Portadores de Necessidades Especiais	Optativa	45(TP= 45h)	-
19	SAU 525	Medidas de Biossegurança	Optativa	60 (TP= 60h)	-

Quadro 6 Distribuição dos componentes curriculares optativos para o curso de graduação em Enfermagem/UEFS.

Componentes Curriculares Optativos oferecidos pelo Departamento de Educação/ UEFS					
Nº	**CÓDIGO**	**COMPONENTES CURRICULARES**	**NATUREZA**	**C. H.**	**PRÉ-REQUISITOS**
1	EDU 113	Educação Especial e Políticas Educacionais Inclusivas	Optativa	60(TP= 60h)	-
2	EDU 216	Currículos e Programas	Optativa	60(T= 30h/P= 30h)	-
3	EDU 289	Jogos, Brinquedos, Brincadeiras e Educação	Optativa	60(TP= 60h)	-
4	EDU 309	Arte-Educação	Optativa	60(TP= 60h)	-
5	EDU 616	Novas Tecnologias da Comunicação e da Informação em Educação	Optativa	60(TP= 60h)	-
6	EDU 617	Mídia e Educação	Optativa	60(TP= 60h)	-

Fonte: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Colegiado de Enfermagem Matriz Curricular. 2018.

O Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem, refere que segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, na UEFS constituem-se Áreas de Conhecimento em Enfermagem:

- Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, composta pelas disciplinas - História da Enfermagem, Metodologia da Pesquisa em Saúde I, Metodologia da Pesquisa em Saúde II, Pesquisa em Saúde, Ética e Exercício da Enfermagem, Didática Aplicada à Saúde;

- Vigilância à Saúde, composta pelas disciplinas – Epidemiologia, Informática em Saúde, Estatística em Saúde I, Políticas de Saúde, Nutrição e Dietética, Enfermagem no Contexto da Saúde Mental e do Adoecer Psíquico, Enfermagem em Saúde Coletiva;

- Saúde do Adulto, composta pelas disciplinas - Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso I, Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II, Semiologia Aplicada à Enfermagem, Bases Teóricas e Metodológicas para o Cuidar em Enfermagem;

- Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, composta pelas disciplinas - Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I, Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente II; e

- Gestão Pública, composta pelas disciplinas - Estágio Supervisionado I, Estágio Supervisionado II, Gerência de Enfermagem em Serviços de Saúde.

Assim, apresentamos as cinco (5) áreas de conhecimentos, conforme o quadro 7, a seguir.

Quadro 7 Áreas de conhecimento do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, 2018.

ÁREA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO	
Componentes Curriculares Obrigatórios	
Código	**Disciplina**
SAU 226	Semiologia Aplicada à Enfermagem
SAU 227	Bases Teóricas e Metodológicas para o Cuidar em Enfermagem
SAU237	Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso I
SAU238	Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II
SAU238	Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso III
ÁREA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER	
Código	**Disciplina**
SAU 235	Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I
SAU 236	Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente II
ÁREA DE ENFERMAGEM BASES BIOLOGICAS E SOCIAIS DA ENFERMAGEM	
Código	**Disciplina**
SAU 220	Ética e Exercício da Enfermagem
SAU 229	Didática Aplicada à Saúde
SAU219	História da Enfermagem
SAU 221	Metodologia da Pesquisa em Saúde I
SAU 222	Metodologia da Pesquisa em Saúde II

Quadro 7 Áreas de conhecimento do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana 2018.

ÁREA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
Código	**Disciplina**
SAU 244	Epidemiologia
SAU 301	Nutrição e Dietética
SAU 241	Informática em Saúde
SAU 265	Estatística em Saúde I
SAU 230	Enfermagem em Saúde Coletiva
SAU 262	Enfermagem no Contexto da Saúde Mental e do Adoecer Psíquico
SAU271	Saúde Coletiva
ÁREA DE ENFERMAGEM GESTÃO PÚBLICA	
Código	**Disciplina**
SAU 240	Gerência de Enfermagem em Serviços de Saúde
SAU 263	Estágio Supervisionado I
SAU 264	Estágio Supervisionado II

Fonte: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Colegiado de Enfermagem Matriz Curricular. 2018.

Vemos assim, nas cinco áreas de conhecimentos de Enfermagem uma diversidade de Componentes Curriculares agrupados em cada área específica.

Porém, a priori, sem um 'olhar' reducionista, neste estudo vislumbramos as áreas Vigilância em Saúde e Enfermagem em Gestão Pública, uma vez que acreditamos que o processo ensino aprendizado do curso de graduação em Enfermagem da UEFS tenha uma conformação direcionada aos princípios e diretrizes da APS/ABS pelos cenários de suas experiências articuladas à teoria prática.

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia[15]

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, UPTC, es un ente universitario autónomo, de carácter nacional, estatal y público, democrático, de régimen especial, vinculado al Ministerio de Educación Nacional en lo referente a las políticas y la

[15] A descrição do seguinte itens (Cenários propriamente ditos / Colômbia), é escrito em espanhol, com o propósito de que a tradução para outro idioma não gere uma interpretação errônea. As informações a seguir foram obtidas no site oficial da UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA (UPTC, 2018a).

planeación del sector educativo, con sedes seccionales en Duitama, Sogamoso y Chiquinquirá, y con domicilio en Tunja.

La UPTC tiene como misión formar personas como profesionales integrales en diferentes niveles de educación superior, fortaleciendo las actividades de docencia, investigación, extensión e internacionalización, como aporte a la trasformación y al desarrollo de la, y su visión es ser una institución de educación superior de excelencia académica a nivel regional, nacional e internacional, reconocido por liderar el mejoramiento de la calidad de la educación, el desarrollo social sustentable, cultural y económico, con justicia, equidad, responsabilidad social, innovación, competitividad y pertinencia con la región y el país.

Programa de Enfermería

El Honorable Consejo Superior de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, mediante Acuerdo Nº. 03 del 24 de junio de 1974, crea el Programa de Enfermería en Tunja, en ese entonces sustentado ante la necesidad de formación de profesionales de Enfermería para la región con base en los estudios de morbilidad y mortalidad de la población boyacense y justificado ante el Ministerio de Educación Nacional. Desde entonces y hasta la fecha, la Escuela de Enfermería ha graduado alrededor de 1.000 profesionales reconocidos laboralmente en diferentes instituciones de salud de la ciudad, la región, en el ámbito nacional e internacional. La Escuela de Enfermería de la UPTC, posee las siguientes características:

Programa académico: Enfermería
Nivel académico: Pregrado
Nivel de formación: Profesional Universitario
Título a otorgar: Enfermera (o)
Sede: Tunja
Facultad: Ciencias de la Salud
Duración: 9 Semestres
Metodología: Presencial

La Escuela de Enfermería de la UPTC tiene como misión la formación integral de profesionales de Enfermería, líderes en el cuidado de enfermería durante el proceso salud-enfermedad, vida-muerte. Con principios y valores éticos, de altas calidades en lo humanístico, científico y técnico, que le permitan actuar interdisciplinaria y multi-profesionalmente, a través del desarrollo de competencias de cuidar la vida, gestionar el cuidado de enfermería, incursionar en procesos investigativos y liderar procesos educativos en ambientes comunitarios, institucionales, clínicos y empresariales en los diferentes niveles de atención de los servicios de salud.

Además, la Escuela de Enfermería tiene como propósito la formación integral de profesionales de Enfermería competentes en lo humanístico, lo científico y lo técnico. Con principios éticos y valores para cuidar y fomentar el cuidado y autocuidado en las personas, las familias y la comunidad. Su principal objetivo es ofrecer un currículo que garantice la formación de profesionales de enfermería idóneos y competentes en los distintos escenarios de desempeño. Con alto grado de sensibilidad y compromiso social frente al cuidado, la promoción del autocuidado, y el desarrollo comunitario. Así como también:

- Construir y aplicar modelos de cuidado de enfermería en contextos y realidades sociales, donde los individuos, las familias y los colectivos sociales e institucionales viven, se desarrollan y se mueven.
- Desarrollar procesos de gestión y gerencia del cuidado de enfermería y de salud en los diferentes escenarios.
- Desarrollar y/o participar en la resolución de problemas de Enfermería y Salud que respondan a la esencia de la profesión, mediante procesos de investigación.
- Aplicar los conocimientos de pedagogía y didáctica en procesos de educación y comunicación en Salud y en Enfermería para el empoderamiento hacia el autocuidado en los individuos, las familias y los colectivos.

Las competencias del Programa se expresan en las cualidades del egresado al enfrentarse laboralmente como profesional. Las cuales permiten precisar los contenidos fundamentales y esenciales requeridos para su formación, integrados en conocimientos, habilidades y valores, pero articulados con el desarrollo de actitudes y capacidades humanas,

sociales y profesionales, que se concretan en los núcleos de contenidos del programa académico.

Pretende como IES, que el egresado sea competente en el arte de cuidar, en la investigación, en la gestión y en la educación hacia el cuidado, por lo tanto, el Profesional de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, será competente para:

- Cuidar la vida apoyados en modelos de Salud y Enfermería para promover la salud de las personas, familia y colectivos en su entorno.
- Gestionar el cuidado de enfermería y de la Salud en los diferentes escenarios y contextos institucionales y comunitarios.
- Tener capacidad argumentativa, interpretativa, propositiva y reflexiva, que le permita incursionar en los procesos investigativos que contribuyan al desarrollo disciplinar y a la búsqueda de nuevos modelos de cuidado de enfermería para la resolución de problemas propios de la profesión y la disciplina.
- Liderar procesos educativos y comunicativos en la pedagogía del cuidado de enfermería y de desarrollo comunitario en diferentes contextos sociales y culturales para mejorar las condiciones de vida de las personas, familias y colectivos.

El egresado de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPTC se forma y prepara para cuidar a la persona en su proceso Salud- Enfermedad; Vida- Muerte. Cuidar a las familias y colectivos en una amplia variedad de entornos institucionales y comunitarios, mediante actos e intervenciones dirigidas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación en pro del mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y grupos poblacionales.

El profesional de enfermería, dada su preparación académica y competencias está en capacidad de desempeñarse en diferentes roles: asistencial clínico y comunitario, administrativo, docente, trabajo independiente e investigativo, en aquellos espacios donde las personas viven, trabajan, estudian, se recrean y en Instituciones donde se cuida y recupera la salud.

Como institución tiene definido su plan de estudios en términos de competencias profesionales, expresado en créditos académicos según el Decreto 2566 del 10 de septiembre

de 2003 del Ministerio de Educación Nacional (COLOMBIA, 2003). El Crédito Académico es la unidad de medida del trabajo académico del estudiante. El total de créditos del programa de enfermería es de 169.

A continuación, presentamos en el Cuadro 8 el Plan de Estudio correspondiente a la Escuela de Enfermería de la UPTC.

Quadro 8 Plan de estudio de la Escuela de Enfermería UPTC, 2018.

PRIMER SEMESTRE		
ASIGNATURAS	**CRÉDITOS**	**ÁREA**
Biología y Genética	3	Interdisciplinar
Bioquímica	3	Interdisciplinar
Cátedra Universidad y Entorno	3	General
Competencias Comunicativas	4	General
Historia y Desarrollo de la Enfermería	3	Disciplinar y Profundización
Socio Humanística I[16]	3	General
SEGUNDO SEMESTRE		
ASIGNATURAS	**CRÉDITOS**	**ÁREA**
Electiva Interdisciplinar I	3	Interdisciplinar
Ética y Política	4	General
Microbiología y Parasitología	3	Interdisciplinar
Morfofisiología I	3	Interdisciplinar
Psicología del Desarrollo	3	Interdisciplinar
Socio Humanística II	3	General
TERCER SEMESTRE		
ASIGNATURAS	**CRÉDITOS**	**ÁREA**
Farmacología I	3	Interdisciplinar
Fundamentos de Enfermería	**9**	Disciplinar y Profundización
Microbiología y Química Clínica	3	Interdisciplinar
Morfofisiología II	3	Interdisciplinar
Semiología	3	Interdisciplinar

[16] Os Componentes Curriculares em registo são componentes compatíveis à lógica da APS.

Quadro 8 Plan de estudio de la Escuela de Enfermería UPTC, 2018.

CUARTO SEMESTRE		
ASIGNATURAS	**CRÉDITOS**	**ÁREA**
Bioética	3	Disciplinar y Profundización
Enfermería. Mujer y Recién Nacido	9	Disciplinar y Profundización
Farmacología II	3	Interdisciplinar
Patología	3	Interdisciplinar
Salud Familiar	3	Disciplinar y Profundización
QUINTO SEMESTRE		
ASIGNATURAS	**CRÉDI**	**ÁREA**
Educación para la Salud	3	Disciplinar y Profundización
Enfermería. Niño	6	Disciplinar y Profundización
Enfermería. Salud Mental y Psiquiatría	4	Disciplinar y Profundización
Epidemiología y Demografía	3	Interdisciplinar
Gestión en Salud	3	Disciplinar y Profundización
SEXTO SEMESTRE		
ASIGNATURAS	**CRÉDITOS**	**ÁREA**
Enfermería. Adolescente	3	Disciplinar y Profundización
Enfermería. Adulto I	9	Disciplinar y Profundización
Gestión de Servicios de Enfermería	3	Disciplinar y Profundización
Seminario de Investigación Cuantitativa	4	Interdisciplinar
SÉPTIMO SEMESTRE		
ASIGNATURAS	**CRÉDITOS**	**ÁREA**
Enfermería. Adulto II	9	Disciplinar y Profundización
Enfermería. Adulto Mayor	3	Disciplinar y Profundización
Gestión en Programas	3	Disciplinar y Profundización
Seminario de Investigación Cualitativa	4	Interdisciplinar

Quadro 8 Plan de estudio de la Escuela de Enfermería UPTC 2018.

OCTAVO SEMESTRE		
ASIGNATURAS	**CRÉDITOS**	**ÁREA**
Electiva de Profundización	6	Disciplinar y Profundización
Electiva Interdisciplinar II	3	Interdisciplinar
Enfermería en Salud Pública	8	Disciplinar y Profundización
Salud-Trabajo	3	Disciplinar y Profundización
NOVENO SEMESTRE		
ASIGNATURAS	**CRÉDITOS**	**ÁREA**
Internado de Enfermería	12	Disciplinar y Profundización

Fonte: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. UPTC. Escuela de Enfermería 2018.

En concordancia con el Acuerdo Nº 052 del 17 de agosto de 2004 del Consejo Superior (TUNJA, 2004) que define las áreas de formación General, Interdisciplinar, Disciplinar y de Profundización para la estructuración curricular de los programas de la Universidad, el Plan de Estudios de Enfermería las retoma y las desarrolla a través de un plan de estudios organizado en Ciclos: Básico, Profesional y de Profundización.

Área General: se refiere a los contenidos que propician el desarrollo de competencias socio-políticas, humanísticas, socio-afectivas, comunicativas y de pertenencia e identidad institucional; también la cultura ciudadana, la sensibilidad política y el compromiso social en el estudiante. Comprende los saberes, las competencias y las prácticas que todo estudiante de la UPTC debe y puede tomar independiente del Programa Académico que curse.

Área Interdisciplinar: son los saberes de las ciencias naturales y sociales, las artes y la técnica sobre los que se desarrollan y sustentan competencias profesionales, facilitan la interdisciplinaridad y la creatividad en la profesión. Para el estudiante de enfermería son los saberes, las competencias y prácticas afines al objeto del cuidado y que comparte con otros programas académicos.

Área Disciplinar: se entiende como los saberes, conocimientos, las competencias y las prácticas que construyen el perfil estricto y específico del Programa Académico. En Enfermería son saberes que identifican la esencia teórico-conceptual del profesional, sustentan el ejercicio de la profesión e identifican los métodos y procedimientos y la proyección de la profesión.

Área de Profundización: se entiende como los saberes, conocimientos, competencias y prácticas más específicos que caracterizan los énfasis del Programa Académico y que son definidos por las competencias profesionales.

Quadro 9 Áreas de conocimiento de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2018.

	DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS
ÁREA GENERAL	-Cátedra Universidad y Entorno -Competencias comunicativas -Socio humanística I -Ética y Política -Socio humanística II
ÁREA INTERDISCIPLINAR	-Microbiología y Parasitología -Morfofisiología II -Farmacología I -Patología -Microbiología y Química Clínica -Farmacología II -Epidemiología y Demografía -Electiva Interdisciplinar I -Electiva interdisciplinar II -Seminario de Investigación Cuantitativa Seminario de Investigación Cualitativa -Semiología
ÁREA DISCIPLINAR Y PROFUNDIZACIÓN	-Historia y desarrollo de Enfermería - Educación para la salud -Fundamentos de Enfermería -Enfermería. Mujer y Recién Nacido -Salud familiar -Bioética -Gestión en Salud -Enfermería Salud Mental y Psiquiatría -Enfermería Niño -Salud-Trabajo -Gestión de Servicios de Enfermería -Gestión en Programas -Enfermería Adulto mayor -Enfermería Adulto I -Enfermería Adulto II -Enfermería Adolescente -Enfermería en Salud Pública -Electiva de profundización -Internado en Enfermería

Fonte: Elaboração da própria pesquisadora.

Neste quadro 9 as áreas de conhecimento da Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia apresenta três (3) áreas de conhecimento, e dentre delas o interesse desta pesquisa foi a área Disciplinar e Aprofundamento.

Electivas

Se definen como electivas las asignaturas que puede inscribir el estudiante, según su interés profesional o personal.

Electiva Interdisciplinar I

Opciones:

- Cuidado Cultura y Género
- Seminario de Desarrollo Humano
- Cátedra para la Vida
- Tanatología

Electiva Interdisciplinar II

Opciones:

- Cuidados Alternativos
- Proyectos en Salud
- Ecología y Salud
- Enfermedades Tropicales
- Software En Salud

Electiva de Profundización

- Investigación
- Prácticas Educativas y Comunicativas En Salud.
- Cuidado de Enfermería de Mediano y Alto Riesgo.

El Proyecto Académico Educativo de la Escuela de Enfermería, considera la investigación como un área fundamental del proceso formativo con el diseño de las siguientes líneas de investigación:

- Cuidado en el ciclo vital humano
- Cuidado de Enfermería individual y de colectivos
- Educación y Comunicación en Enfermería y Salud
- El Cuidado como objeto de la Investigación.

Todos los proyectos realizados en el proceso formativo y especialmente los trabajos de grado giran en torno a alguna de éstas líneas de investigación. Cada espacio de formación establece en su micro diseño las estrategias que empleará para estimular el espíritu investigativo, empleando metodologías hacia la búsqueda y revisión de literatura científica o generación de micro proyectos para desarrollar en cada semestre.

Actualmente cuenta con cuatro grupos de investigación. Estos grupos fortalecen la competencia investigativa de docentes y estudiantes como parte del proceso formativo.

Por conseguinte, após uma síntese dos referidos cursos estudados, justificamos mais a relevância dos mesmos para tal escolha, a seguir.

Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS[17]

O Curso de Enfermagem foi implantado em 27 de abril 1976, sob a denominação de ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA, naquele momento com um currículo fundamentado na interdisciplinaridade e na articulação ensino-serviço, tendo como referência a realidade epidemiológica e demográfica da região e como eixo norteador o compromisso ético e político profissional da enfermeira com a comunidade na qual está inserida.

A escolha deste município para o desenvolvimento da pesquisa vem sendo reforçada não apenas pela sua importância socioeconômica, política, cultural e epidemiológica como também da necessidade do atendimento à demanda do mercado de trabalho local e regional do semiárido baiano, mas também pelo privilégio do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, idealizado naquele momento como o foco na Atenção Primária à Saúde (grifo nosso), tendo como missão a formação da enfermeira generalista, membro da equipe de saúde, com o compromisso social para atender as necessidades e saúde do indivíduo família e grupos da comunidade num enfoque preventivo x curativo, individual x coletivo, ambulatorial x hospitalar, utilizando-se das Ciências Sociais e Biológicas, Ciências Comportamentais e Ambientais, tornando-a assim, capaz de acompanhar as transformações das políticas de saúde, enquanto profissional responsável na contribuição dessas mudanças.

[17] As informações a seguir são obtidas no site oficial da UEFS, **Colegiado de Enfermagem**.

Curso de Graduação em Enfermagem da UPTC[18]

Na Colômbia, a opção para a pesquisa no cenário da Escuela de Enfermería da Universidad Pedagógica e Tecnológica de Colombia, justifica-se pela sua experiência na formação de graduação da enfermeira, no direcionamento de esforços como o objetivo de melhorar as condições de vida e saúde da população para a promoção do autocuidado de indivíduos, famílias e comunidades em diferentes contextos sociais, tendo em vista a educação e promoção de práticas de vida saudáveis, a pesquisa para o avanço do campo da enfermagem, a busca de novos modelos de cuidado e atenção em enfermagem, a solução de problemas de saúde da região e gestão de serviços e projetos de saúde, direcionado à Atenção Primaria de Saúde, considerada modelo de referência para as demais IES do país.

Ademais, sua carreira acadêmica de mais de 46 anos permitiu-lhe acumular experiência com responsabilidade social, investigativa, humana e ética, atingindo o reconhecimento pela liderança exercida por enfermeiras docentes em grupos de pesquisa disciplinares e interdisciplinares na dimensão da Enfermagem e APS.

3.3 Participantes do estudo

Foram 36 os participantes deste estudo, 19 da Universidade Estadual de Feira de Santana/Brasil e 17 da Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia/ Colombia. Tal amostragem foi definida por inclusão progressiva e pelo critério de saturação (RHIRY-CHERQUES, 2009), considerando-se as repetições dos dados coletados. E, portanto, quando nenhuma nova informação ou nenhum novo tema foi registrado, identificamos o ponto de saturação.

O estudo foi constituído de quatro grupos de participantes, formados por gestores, docentes, discentes e informantes chave que nos permitiram, de acordo com a especificidade da sua singularidade, estudar a realidade pesquisada.

O Grupo I, gestores, foi constituído por duas (2) enfermeiras docentes, uma coordenadora do Colegiado do Curso de graduação em Enfermagem da UEFS/Brasil e a outra

[18] As informações a seguir foram obtidas no site oficial da UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA.

Directora de la Escuela de Enfermería da UPTC/Colombia. Essas gestoras foram selecionadas mediante o seguinte critério de inclusão: experiência de seis (6) meses no mínimo como gestora.

O Quadro 10, a seguir, caracteriza as participantes.

Quadro 10 Caracterização dos participantes da pesquisa – GESTORES (Grupo I). Feira de Santana – BA/Brasil -Tunja- Boyacá/ Colombia abr.2019 a jun. 2020.

Ordem da entrevista	Ano de graduação	Instituição	Pós-graduação	Área de conhecimento	Unidade curricular atuante
Ent. 13	1990	Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)	Doutorado em Saúde Coletiva	Vigilância em Saúde	Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso I
Ent. 20	2006	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia (UPTC)	Maestría en Enfermería	Disciplinar y Profundización	Enfermería Niño; Enfermería Adolescente

No quadro 10, grupo 1, gestoras de Enfermagem, uma coordenadora do Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem /UEFS/Brasil tem 31 anos de formada e doutorado em Saúde Coletiva; e a outra, diretora da Escola de Enfermagem/UPTC /Colombia, com 15 anos de formada e mestrado em Enfermagem.

Essas participantes integram as seguintes áreas de conhecimentos: Vigilância em Saúde, integrando a unidade curricular Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso (UEFS/Brasil) e Enfermería Pediátrica, atuando na unidade curricular Enfermería Niño; Enfermería Adolescente (UPTC/Colombia).

O Grupo II, docentes, foi constituído por 22 participantes: 12 deles da UEFS/Brasil e 10 da UPTC/Colombia). Esses docentes foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: docentes com no mínimo seis (6) meses de experiência de atuação nos componentes curriculares concernentes à teoria/ prática/ estágio nos cenários de Atenção Básica/ Atenção Primária de Saúde, apresentados no Quadro 11, a seguir.

Quadro 11 Caracterização dos participantes da pesquisa – DOCENTES (Grupo II). Feira de Santana – BA/ Brasil -Tunja- Boyacá/ Colombia abr.2019 a jun. 2020.

Nº de Identificação	**Ano de graduação**	**Instituição**	**Pós-graduação**	**Área de conhecimento**	**Unidade curricular atuante**
1	1995	Universidade Estadual de Feira de Santana	Especialização em Saúde Pública	Vigilância em Saúde	Enfermagem no Contexto da Saúde Mental e do Adoecer Psíquico
2	2002	Universidade Estadual de Feira de Santana	Doutorado em Enfermagem	Enfermagem Gestão Pública	Estágio Supervisionado I
3	1992	Universidade Estadual de Feira de Santana	Mestrado em Saúde Coletiva	Vigilância em Saúde	Enfermagem em Saúde Coletiva
4	2010	Universidade Estadual de Feira de Santana	Mestrado em Saúde Coletiva	Vigilância em Saúde	Enfermagem no Contexto da Saúde Mental e do Adoecer Psíquico
5	2007	Universidade Estadual de Feira de Santana	Mestrado em Saúde Coletiva	Enfermagem Gestão Pública	Gerência de Enfermagem em Serviços de Saúde
6	2012	Universidade Estadual de Feira de Santana	Mestrado em Saúde Coletiva	Enfermagem Gestão Pública	Estágio Supervisionado I

Quadro 11 Caracterização dos participantes da pesquisa – DOCENTES (Grupo II). Feira de Santana – BA/ Brasil -Tunja- Boyacá/ Colombia abr.2019 a jun. 2020.

Nº de Identificação	Ano de graduação	Instituição	Pós-graduação	Área de conhecimento	Unidade curricular atuante
7	1999	Universidade Estadual de Feira de Santana	Mestrado em Saúde Coletiva	Enfermagem Gestão Pública	Estágio Supervisionado I
8	1986	Universidade Estadual de Feira de Santana	Doutorado em Saúde da Mulher	Enfermagem na Saúde da Mulher	Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I
9	1994	Universidade Estadual de Feira de Santana	Especialização em Saúde Pública	Vigilância em Saúde	Enfermagem em Saúde Coletiva
10	2009	Universidade Estadual de Feira de Santana	Mestrado em Saúde Coletiva	Enfermagem na Saúde do Adulto	Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso I
11	1979	Universidade Estadual de Feira de Santana	Mestrado em Saúde Coletiva	Vigilância em Saúde	Enfermagem em Saúde Coletiva
12	2003	Universidade Estadual de Feira de Santana	Mestrado em Saúde Coletiva	Enfermagem na Saúde da Mulher	Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I
21	1998	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Maestría en enfermería con énfasis en materno perinatal	Disciplinar y Profundización	Enfermería. Mujer y Recién Nacido
22	2006	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Doctorado en estudios sociales	Disciplinar y Profundización	Enfermería. Mujer y Recién Nacido

Quadro 11 Caracterização dos participantes da pesquisa – DOCENTES (Grupo II). Feira de Santana – BA/ Brasil -Tunja- Boyacá/ Colombia abr.2019 a jun. 2020.

Nº de Identificação	**Ano de graduação**	**Instituição**	**Pós-graduação**	**Área de conhecimento**	**Unidade curricular atuante**
23	1994	Universidad Nacional de Colombia	Maestría en Administración de salud con énfasis en políticas en salud	Disciplinar y Profundización	Enfermería en Salud Pública
24	2004	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Maestría en Salud Pública	Disciplinar y Profundización	Enfermería en Salud Pública
25	2002	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Maestría en enfermería	Disciplinar y Profundización	Enfermería. Adulto II
26	2006	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Maestría en Enfermería con énfasis en investigación de cuidado en cualquier ciclo vital	Disciplinar y Profundización	Enfermería. Adulto I Enfermería. Adulto II
27	1978	Universidad Nacional de Colombia	Maestría en Enfermería con énfasis en Salud familiar – Atención Primaria en Salud	Disciplinar y Profundización	Enfermería en Salud Pública

Quadro 11 Caracterização dos participantes da pesquisa – DOCENTES (Grupo II). Feira de Santana – BA/ Brasil -Tunja- Boyacá/ Colombia abr.2019 a jun. 2020.

Nº de Identificação	**Ano de graduação**	**Instituição**	**Pós-graduação**	**Área de conhecimento**	**Unidade curricular atuante**
28	2004	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Maestría en Salud Pública	Disciplinar y Profundización	Enfermería. Adulto I
29	1998	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Especialización en enfermería cardio-respiratoria	Disciplinar y Profundización	Enfermería. Adulto II
30	1983	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Maestría en Educación en Salud	Disciplinar y Profundización	Enfermería. Salud mental y psiquiatría

Nota: Na coluna **Nº de identificação** tais números representam a ordem crescente da coleta de dados por cada participante.

Conforme o quadro 11, grupo II, docentes enfermeiras (os) o tempo de formação variou entre nove (9) a 43 anos, destacando-se na década de 1970 (2), década de 1980 (2), década de 1990(7) e 11 no século XXI.

Quanto à instituição de formação das (os) docentes, 12 são da UEFS/Brasil, oito (8) da UPTC/ Colombia, dois (2) da Universidad Nacional de Colombia/ UNAL. Todas (os) possuem curso de Pós-graduação em áreas como Saúde Pública, Saúde Coletiva, Enfermagem, Saúde da Mulher, Políticas de Saúde, Saúde Familiar, Atenção Primaria em Saúde; três (3) no nível de especialização; 16 com mestrado e três (3) com doutorado.

A respeito da área de conhecimento docentes da UEFS pertencem as seguintes áreas: Vigilância em Saúde (5), Enfermagem em Gestão Pública (4), Enfermagem na Saúde da Mulher I (2), Enfermagem na Saúde do Adulto (1) e 10 docentes da UPTC/ Colombia, pertencem à área Disciplinar e de Aprofundamento.

No Grupo III, discentes, foi representado por oito (8) participantes, quatro (4) da UEFS/Brasil e quatro (4) da UPTC/Colombia. Para a seleção dos discentes utilizamos os seguintes critérios de inclusão: discentes dos últimos semestres (do 7º ao 10º), que já cursaram disciplinas com o componente de APS da matriz curricular, especificados a seguir.

Componentes curriculares cursados

-UEFS: Epidemiologia; Estatística em Saúde I; Sociologia da Saúde; Antropologia da Saúde; Informação em Saúde; Enfermagem em Saúde Coletiva; Enfermagem no Contexto da Saúde Mental e do Adoecer Psíquico; Saúde Coletiva; Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente; Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso; Gerencia de Enfermagem em Serviços de Saúde; Estágio Supervisionado I e Estágio Supervisionado II.

-UPTC: Socio Humanística I, Socio Humanística II, Ética y Política; Epidemiología y Demografía; Educación para la salud; Salud familiar; Gestión en Salud; Gestión en Programas e Enfermería en Salud Pública.

Conforme a descrição anterior, apresentamos a caracterização destes participantes no Quadro 12 a seguir.

Quadro 12 Caracterização dos participantes da pesquisa – DISCENTES (Grupo III). Feira de Santana – BA/ Brasil -Tunja- Boyacá/ Colombia abr.2019 a jun. 2020.

Nº de Identificação	**Semestre em curso-**	**Instituição**	**Componente curricular em curso**
14	Oitavo Semestre	Universidade Estadual de Feira de Santana	Gerência de Enfermagem em Serviços de Saúde
15	Oitavo Semestre	Universidade Estadual de Feira de Santana	Gerência de Enfermagem em Serviços de Saúde
16	Nono Semestre	Universidade Estadual de Feira de Santana	Estágio Supervisionado I
17	Nono Semestre	Universidade Estadual de Feira de Santana	Estágio Supervisionado I
31	Cuarto Semestre	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Enfermería. Mujer y Recién Nacido
32	Noveno Semestre	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Interna*do en Enfermería
33	Sexto semestre	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Enfermería Adulto I
34	Octavo Semestre	Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia	Enfermería en Salud Pública

Nota: na coluna **Nº de identificação** tais números representam a ordem crescente da coleta de dados por cada participante.

O Grupo III (Quadro 12), no total de oito (8) discentes, de acordo a matriz curricular dos cursos de graduação de Enfermagem da UEFS/Brasil e da UPTC/Colombia, eles estão caracterizados nos semestres em curso e unidade curricular: um (1) no quarto semestre, Enfermería Mujer y Recién Nacido; um (1) no sexto semestre, Enfermería Adulto I; três (3)

no oitavo semestre, Gerência de Enfermagem em Serviços de Saúde e Enfermería en Salud Pública e três (3) no nono semestre, Estágio Supervisionado I e Internado en Enfermería. Para a seleção desses participantes consideramos como critério de inclusão os discentes que cursaram ou estavam em curso dos componentes curriculares com abordagem focada na APS/ABS, já referidos anteriormente.

No Grupo IV, Informante Chave (Quadro 13), foi formado por quatro (4) participantes, sendo dois (2) da UEFS/Brasil e dois (2) da UPTC/Colombia. Para a sua seleção consideramos como critérios de inclusão representantes que tem ou tiveram participação na implantação e ou no processo de construção dos respectivos cursos, inclusive aquelas pessoas que participaram também das suas mudanças curriculares. A caracterização deste grupo de participantes é representada no Quadro 13 a seguir.

Quadro 13 Caracterização dos participantes da pesquisa – INFORMANTES CHAVE (Grupo IV). Feira de Santana – BA/ Brasil -Tunja- Boyacá/ Colombia abr.2019 a jun. 2020.

Nº de Identificação	**Ano de graduação**	**Instituição**	**Pós-graduação**	**Área de conhecimento**	**Unidade curricular atuante**
18	1992	Universidade Estadual de Feira de Santana	Mestrado em Saúde Coletiva	Vigilância em Saúde	Enfermagem em Saúde Coletiva
19	1977	Universidade Católica de Salvador	Especialização em Saúde Coletiva Especialização em Metodologia do Ensino, Pesquisa e Assistência da Enfermagem	Enfermagem na Saúde da Mulher	Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I
35	1975	Universidad Industrial de Santander	Especialización Educación sexual	Disciplinar y Profundización	Enfermería Mujer y Recién Nacido
36	1977	Universidad Nacional de Colombia	Maestría en Educación con Énfasis en Docencia Universitaria	Disciplinar y Profundización	Salud familiar Educación para la salud

Nota: na coluna **Nº de identificação** tais números representam a ordem crescente da coleta de dados por cada participante.

A respeito Quadro 13, Grupo IV, Informantes chave, participaram quatro (4) enfermeiras docentes, duas da UEFS e duas da UPTC; uma (1) das docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS/Brasil continua em atividade docente na instituição, egressa da UEFS, com 29 anos de formada; as demais (3), estão aposentadas, formaram na década de 1970 (variação de 44 a 46 anos de formação, egressas da Universidade Católica de Salvador (Brasil), Universidad Industrial de Santander e Universidad Nacional de Colombia (Colombia). Dentre as informantes chave da UEFS/Brasil, uma tem mestrado na área de

Saúde Coletiva, e a outra especialização em Metodologia do Ensino, Pesquisa e Assistência da Enfermagem (UEFS/Brasil); representantes da UPTC/Colombia, uma é especialista em Educação Sexual (especialização) e a outra tem mestrado em Educação com ênfase em Docência Universitária (UPTC/Colombia). A área de conhecimento atuante no decorrer das respectivas atuações destacadas foram ou são Vigilância em Saúde e Enfermagem na Saúde da Mulher (UEFS/Brasil) e Disciplinar e de Aprofundamento (UPTC/Colombia).

3.4 Técnicas e instrumentos de coleta

Nesta pesquisa usamos como técnicas de coleta de dados a **entrevista** (roteiros – Apêndices A, B e C), a **observação** (roteiro – Apêndice D) e a **análise de documentos**, por possibilitarem a produção de dados que puderam sustentar o estudo, a partir dos seus questionamentos e objetivos.

Segundo Moré (2015) a entrevista é um "espaço relacional" que se caracteriza por uma proposta de diálogo e/ou conversações a respeito de um tema específico. Assim, a entrevista foi uma estratégia de diálogo que como pesquisadora utilizamos neste estudo. No entanto, apesar de concordarmos que a entrevista é um espaço relacional, entendemos que ela é sustentada pelos interesses da pesquisadora, além de ser, de certo modo, inesperado/desconhecido e, até em determinadas situações, desconcertantes para o participante, dentro do seu cotidiano de vida.

A partir desta técnica, utilizamos o tipo de entrevista em "profundidade ou semiestruturada" (roteiros- Apêndices A, B e C) definida por Moré (2015) como aquela que a partir de uma temática norteadora, e tendo a narrativa como referência principal, realiza outras indagações na busca da compreensão do que o participante está narrando. Portanto, foram indagações em torno de um questionamento norteador, que teve por objetivo buscar o sentido e o significado para nós, como pesquisadora, em relação à pergunta e/ou ao objetivo central da investigação.

Na entrevista semiestruturada interrogamos a (o) entrevistada (o) a respeito de assuntos que interessavam à pesquisa, questionando-os quantas vezes foram necessárias em consequência das respostas oferecidas que não atendiam aos objetivos propostos. Dessa forma, concordamos que a entrevista semiestruturada "ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante

alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação" (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Salientamos que a escolha da técnica de entrevista não foi apenas pela sua pertinência ao estudo, mas também pelas suas vantagens, dentre elas por ser uma técnica flexível, pois nos permitiu formular os questionamentos de acordo com a compreensão de cada entrevistado (a). Os roteiros para a realização da entrevista semiestruturada (Apêndices A, B e C) foram elaborados de acordo os grupos de sujeitos entrevistados.

Antes de iniciarmos a coleta de dados, entramos em contato com as gestoras dos cursos de Graduação em Enfermagem, Colegiado de Enfermagem da (UEFS/Brasil) e da Dirección de la Escuela de Enfermería (UPTC/Colombia com o objetivo de explicar a pesquisa e, na oportunidade aproveitamos para agendar uma reunião com os prováveis participantes da pesquisa, para apresentar o projeto, explicitando claramente a finalidade do estudo. Após a marcação dessa reunião, no dia da sua realização discutimos detalhadamente o projeto, tiramos as dúvidas de cada participante, inclusive sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, após anuência de cada como voluntária (o) em participar da pesquisa agendamos dia, horário e local de acordo com a vontade e disponibilidade da (o) participante, garantindo sua privacidade.

De acordo com a vontade das (os) participantes, a maioria das entrevistas foi realizada nas salas de aulas e Departamentos das respectivas Universidades, cenários deste estudo, resguardando a privacidade e sigilo das conversas; algumas entrevistas foram realizadas, por opção das (os) entrevistadas (os), nos seus domicílios; assim como também, em virtude da situação da pandemia do COVID 19, fizemos entrevistas por meio da plataforma virtual Google Meet.

Ao darmos início a cada entrevista, mais uma vez relemos o TCLE e esclarecemos as dúvidas dos participantes sobre esse documento, e a partir dos esclarecimentos ele foi assinado em duas vias (uma da pesquisadora e a outra da (o) participante). As entrevistas realizadas tiveram um tempo de duração que variou entre 27 minutos e 23 segundos a três (3) horas, quatro (4) minutos e 47 segundos. Elas foram gravadas em gravador de MP3 com a autorização dos participantes e salvas em notebook, as quais foram posteriormente transcritas.

No decorrer da entrevista semiestruturada percebemos que ela nos permitiu conseguir informações detalhadas sobre a realidade vivenciada por cada sujeito entrevistada/o, ao

interrogarmos sobre os aspectos demandado pelo objeto estudado, criando novas perguntas, de modo que obtivéssemos um conhecimento mais ampliado sobre a percepção dos mesmos em relação ao tema explorado.

Na análise dos dados os participantes são nominados nos fragmentos das suas falas a partir da ordem de cada entrevista realizada com a respectiva inicial da letra do grupo ao qual pertence. Assim, o Grupo I, gestores, eles são identificados com os códigos: Ent. G13 e Ent. G20. O Grupo II, docentes, são nomeados de acordo com o código: Ent. Do1, Ent. Do2, Ent. Do3, Ent. Do4, Ent. Do5, Ent. Do6, Ent. Do7, Ent. Do8, Ent. Do9, Ent. Do10, Ent. Do11, Ent. Do12, Ent. Do21, Ent. Do22, Ent. Do23, Ent. Do24, Ent. Do25, Ent. Do26, Ent. Do27, Ent. Do28, Ent. Do29 e Ent. Do30. O Grupo III, discentes, são designados de acordo com o código: Ent. Di14, Ent. Di15, Ent. Di16, Ent. Di17, Ent. Di31, Ent. Di32, Ent. Di33 e Ent. Di34. E o Grupo IV informante chaves receberam a denominação: Ent. IF18, Ent. IF19, Ent. IF35, Ent. IF36.

A outra técnica que usamos para coletar os dados foi a observação, uma técnica que, segundo Martins (2013), se reporta à nossa capacidade de registro do visto e vivido por integrantes da pesquisa, ou seja, por nós mesmas e pelas interações ocorridas entre nós, pesquisadores, e os participantes da pesquisa. Nessa técnica exercitamos a nossa sensibilidade e habilidade de “escutar” e “descrever” o contexto, costumes, práticas, linguagens, diálogos, símbolos, e tudo o que está envolvido com a pesquisa.

A respeito do tipo de observação, realizamos a observação sistemática ou estruturada (roteiro - Apêndice D), definida como aquela que é previamente planejada e normalmente utiliza recursos auxiliares para coleta de dados. Portanto, a realizamos sob condições controladas, visando responder a objetivos pré-definidos, embasada em Assis (2014) ao reforçar que como observadora tivemos clareza das variáveis a serem observadas, apesar de estarmos atenta ao contexto daquele momento a outros aspectos não demarcado na observação.

Assim, durante o processo de observação os aspectos que constavam no roteiro – Apêndice D para a construção de saberes e práticas de saúde e Enfermagem na APS/ABS compreenderam as práticas pedagógicas (nas salas de aulas e serviços de saúde), a articulação entre academia-serviço-comunidade, a interação entre docentes, discentes, trabalhadores de saúde, usuários / população e as práticas/atividades da APS.

Todavia, apesar de termos facilidades na elaboração desta pesquisa encontramos alguns limites apresentados durante a fase de campo. Uma das dificuldades encontrada, particularmente na Colômbia, foi relacionada ao momento em que estamos vivendo em virtude da pandemia do COVID 19, havendo necessidade de efetivas medidas de prevenção adotadas por causa da pandemia demarcada em março de 2019, período que delimitamos para a coleta de dados. Dentre essas medidas o país adotou o fechamento das IES a nível nacional com a suspensão das atividades acadêmicas, mas ainda tivemos a oportunidade antes de tais medidas realizar três (3) entrevistas presenciais nas instalações da UPTC, uma (1) gestora e duas (2) docentes.

Diante da situação, estabelecemos um acordo com demais participantes da pesquisa para realizar as entrevistas por meio da plataforma virtual Google Meet. Desta maneira, foram entrevistados oito (8) docentes, quatro (4) discentes e um (1) informante chave. Destacamos que uma entrevista do grupo IV, informante Chave, foi realizada no domicílio da entrevistada, por sua vontade, respeitando todas as medidas de prevenção e controle do Covid 19.

Por outro lado, por meio da plataforma virtual, foram habilitadas as aulas do Programa de Enfermería de la UPTC, e neste sentido realizamos a técnica da observação sistemática, porém, nos cenários onde seriam desenvolvidas as atividades da APS eles não foram autorizados e, portanto, não foi possível observarmos as práticas.

E, no sentido de complementar a pesquisa de campo, utilizamos uma outra técnica, a análise de documentos, definida por Souza, Kantorski e Villar (2011) como um conjunto de operações intelectuais, visando à descrição e representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática para facilitar sua recuperação. Isto é, o tratamento documental tem por objetivo descrever e representar o conteúdo dos documentos de uma forma distinta do original, visando garantir a recuperação da informação nele contida e possibilitar seu intercâmbio, difusão e uso.

A análise de documentos é também considerada pelas referidas autoras uma técnica que utiliza um tratamento do conteúdo de forma a apresentá-lo de maneira diferente do original, facilitando sua consulta e referenciação; quer dizer, tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação.

Desta forma, realizamos um levantamento prévio dos documentos analisados enquanto fonte secundária, sendo posteriormente selecionados os documentos que utilizamos nesta tese, destacados a seguir:

Documento 1/ (DOC 1) Declaración de Alma Ata Atención Primaria de Salud-1978 de la Organización Mundial de la Salud-Ginebra.

Documento 2/ (DOC 2) La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas-2007 de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud-Washington, D.C.

Documento 3/ (DOC 3) "Informe sobre la salud en el mundo; La atención primaria de salud; Más necesaria que nunca"-2008 de la Organización Mundial de la Salud –Ginebra.

Documento 4/ (DOC 4) Política Nacional de Atenção Básica – 2012 do Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica-Brasília – DF.

Documento 5/ (DOC 5) Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - 2012 do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro-Brasil.

Documento 6/ (DOC 6) Política de Atención Integral en Salud-2016 del Ministerio de Salud y Protección Social- Bogotá D.C.

Documento 7/ (DOC 7) Lineamientos para la Formación en Promoción de la Salud en las Facultades de Enfermería-2014 de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN-Bogotá Colombia.

Documento 8/ (DOC 8) Ley 100 de 1993 del 23 de diciembre de 1993 Santafé de Bogotá, D. C.

Documento 9/ (DOC 9) Ley 266 de 1996 del 25 de enero de 1996 Santafé de Bogotá, D. C.

Documento 10/ (DOC 10) Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 Brasília.

Documento 11/ (DOC 11 Resolução CONSEPE 155/2010 da Universidade Estadual de Feira de Santana - Feira de Santana).

Documento 12/ (DOC 12) Resolución N° 82 de 2009 da Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia- Tunja.

Documento 13/ (DOC 13) Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001 (CNE/CES/MEC)

Documento 14/ (DOC 14) Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem-2017 da Universidade Estadual de Feira de Santana- Feira de Santana.

Documento 15/ (DOC 15) Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería 2010-2019 de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC)-Tunja Colombia.

Esclarecemos que ao citarmos os documentos eles são inseridos na análise dos itens pela sigla DOC (Documento), ou seja, DOC1, DOC2.... DOC15.

No decorrer da análise dos dados realizamos a sua triangulação oriundos das entrevistas, observações e análises de documentos, os quais nos permitiram aproximar da realidade pesquisada diante da transversalidade das três técnicas com a diversidade dos quatro grupos de participantes da pesquisa, tendo em vista a amplitude do universo informacional em torno do nosso objeto de pesquisa.

A triangulação de dados é definida por Zappellini e Feuerschütte (2015) como uma combinação de metodologias diferentes para analisar o mesmo fenômeno, de modo a consolidar a construção de teorias sociais. Portanto, trata-se de uma alternativa qualitativa para a validação da pesquisa que, ao pôr utilizarmos múltiplas técnicas e grupos de participantes de pesquisa, oportunizou uma compreensão aproximada do fenômeno investigado.

3.5 Método de análise de dados

Usamos o método Análise de Conteúdo para analisar os dados. Bardin (1977, p. 42) foi o seu criador definindo-a como.

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Da mesma forma, Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014) comentam que a análise de conteúdo compreende técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados. Neste sentido, a escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela

necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.

Também, segundo Moraes (1999), a análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, além de ajudar a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

Esse autor ressalta ainda que a matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não verbal, como cartas, cartazes, jornais, revistas, informes, livros, relatos autobiográficos, discos, gravações, entrevistas, diários pessoais, filmes, fotografias, vídeos e outros. Contudo os dados advindos dessas diversificadas fontes chegam a nós, pesquisadora, em estado bruto, necessitando serem processados para facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência aspirado pela análise de conteúdo.

Ademais, Minayo (2010) faz referência a duas ‘funções’ relevantes da aplicação do método análise de conteúdo. A primeira se refere à verificação de hipóteses e/ou questões, ou seja, a partir da análise de conteúdo é possível encontrar respostas para as questões formuladas e também, confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. As duas ‘funções’ podem, na prática, se complementarem, como também serem aplicadas a partir de princípios da pesquisa quantitativa ou da qualitativa.

Na análise de conteúdo Bardin (1977) descreve três fases cronológicas para a sua aplicação. A primeira, denominada pré- análise é a fase de organização propriamente dita e corresponde a um período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Por tanto, trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível (quer dizer, que permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise), precisa, no entanto, ser preciso.

Todavia, numa perspectiva mais crítica, optamos pela releitura do método Análise de Conteúdo revisitado por Triviños (1977), tendo também três momentos de análise:

1º Ordenação dos dados, momento em que organizamos os materiais empíricos. A respeito das entrevistas, fizemos as transcrições ipsi literis das entrevistas gravadas, bem como das observações, sem perder de vista aspectos objetivos e aspectos subjetivos. Quanto aos documentos analisados, tivemos a preocupação também de ressaltar aspectos relacionados ao estudo.

Após a organização desses dados, procedemos à leitura geral do material, o que nos possibilitou uma aproximação inicial aos núcleos de sentidos contidos particularmente nas falas das/os entrevistadas/os assim como das observações, considerando-se cada grupo de participantes.

Quanto aos documentos, fizemos uma leitura preliminar, momento em que tivemos possibilidade de demarcarmos os conteúdos que comporiam a análise dos dados.

2º Classificação dos dados, é o momento que compreende a "leitura flutuante" (MINAYO, 2010), nos possibilitando identificar e apreender as estruturas de relevâncias e os núcleos de sentidos das entrevistas, observações e documentos, as ideias centrais do objeto deste estudo Saberes e Práticas da Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica de Saúde no Contexto dos Cursos de Graduação em Enfermagem - Brasil e Colômbia.

Identificamos, de acordo com as entrevistas os seguintes núcleos de sentidos, sistematizados em quadros por cada grupo de participantes, no sentido de conhecermos a síntese de cada fala das/os entrevistadas/os, as ideias convergentes e diferentes, mas também sem perder de vista as ideias complementares e divergências.

Apresentamos, a seguir, os núcleos de sentidos identificados nos materiais empíricos, dentre eles:

- significado de APS;
- entendimento sobre o curso de graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS;
- construção de saberes e práticas na APS/ ABS;
- práticas/atividades da APS/ABS;
- articulação entre academia-serviço-comunidade;
- interação entre docentes, discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população na APS;
- limites/dificuldades/avanços/ facilidades/perspectiva/possibilidades.

E, finalmente, a partir dos núcleos de sentidos, elaboramos as seguintes categorias:

CATEGORIA 1: SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE/ ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: visões acadêmicas em Enfermagem/Saúde.

CATEGORIA 2: ENTENDIMENTO DOS DISCENTES E DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE A APS/ABS NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM BRASIL/COLÔMBIA: concepções, intervenções e perspectivas.

CATEGORIA 3: SABERES E PRÁTICAS NO CONTEXTO DA APS/ABS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NAS IES PÚBLICAS: do imaginário à realidade.

CATEGORIA 4: PRÁTICAS DE ENFERMAGEM/SAÚDE NA APS/ABS: o pensar e o fazer dos discentes de Enfermagem.

CATEGORIA 5: ARTICULAÇÃO E INTERAÇÃO ACADEMIA-SERVIÇO-COMUNIDADE: uma construção coletiva da APS/ABS nos Cursos de Graduação em Enfermagem.

3º análise final dos dados momento caracterizado pelo aprofundamento dos dados empíricos, quando realizado a triangulação com essas diferentes fontes de dados coletados e o referencial teórico, com o objetivo de conhecer a realidade histórico, social e cultural da conformação dos saberes e práticas sobre APS/ABS nos cursos de graduação em Enfermagem em duas IES Brasil e Colômbia.

Neste sentido, os resultados obtidos, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências alcançadas, poderão servir de base à análise disposta em torno de novas dimensões teóricas, ou praticada graças a métodos diferentes.

Deste modo, para o entendimento da operacionalização do método da análise de conteúdo nos embasamos no fluxograma analisador proposto por Assis e Jorge (2010), ilustrado a seguir, na Figura 1,

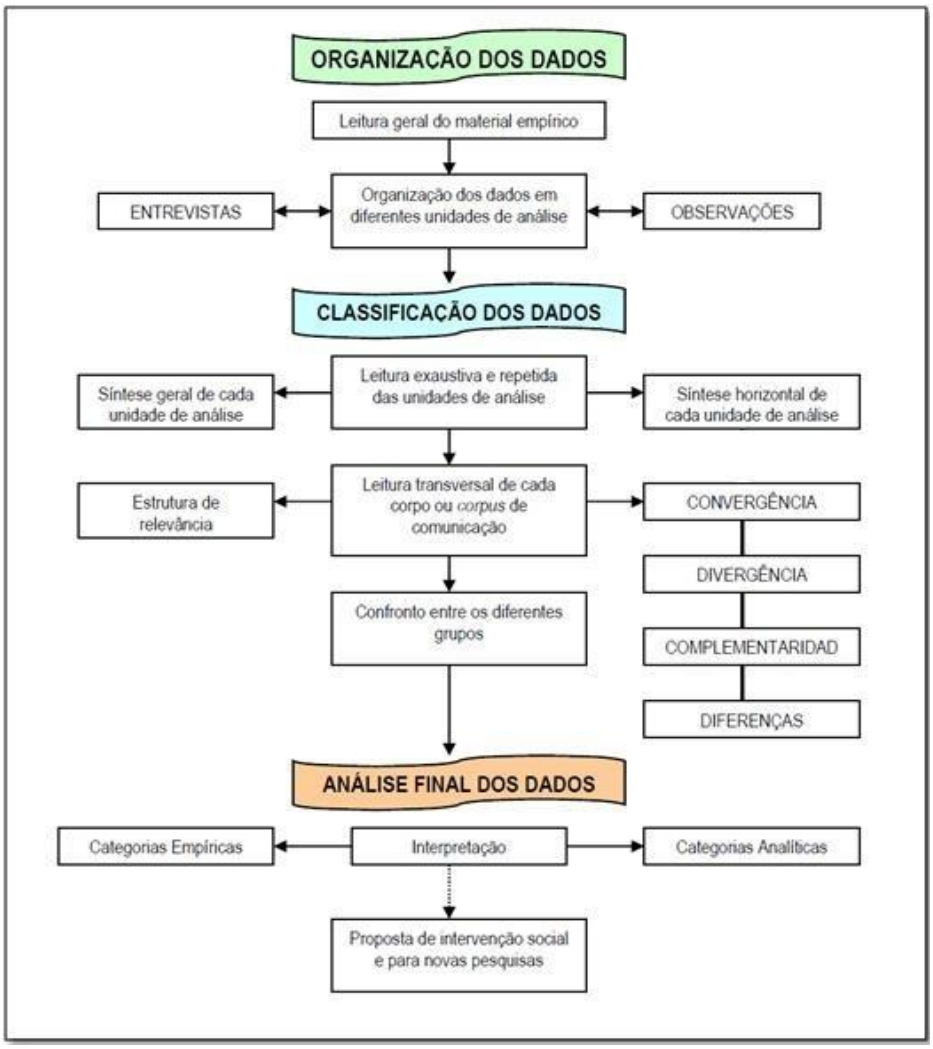


FIGURA 1 FASES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

3.6 Considerações éticas e legais da pesquisa

Nesta pesquisa, devido sua abordagem com seres humanos, atendemos as normas propostas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466, de 12 de dezembro de 2012, (BRASIL, 2012).

As disposições preliminares da Resolução reúnem, na perspectiva do indivíduo e das coletividades, quatro princípios básicos considerados importantes da Bioética como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando

assegurar os direitos e deveres que se referem à comunidade científica, aos participantes do estudo e ao Estado.

É uma Resolução que leva em consideração o respeito à dignidade humana e, especialmente, a proteção dos participantes em pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Por conseguinte, procuramos atender à Resolução e cumprir suas bases éticas e científicas, encaminhando o projeto desta tese para ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP) – UEFS e, somente após autorização iniciamos a pesquisa.

No momento que iniciamos a coleta de dados, cada participante fez sua leitura e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (roteiro- Apêndices D), colocando-se como participante, tendo clareza que poderia declinar tal participação em qualquer momento se assim o desejasse.

O TCLE foi escrito em linguagem clara e objetiva, de fácil compreensão, contendo as informações necessárias para garantir que o sujeito expresse voluntariamente sua intenção de participar da pesquisa, depois de ter entendido as informações que lhe são dadas, sobre os objetivos do estudo, os benefícios, os inconvenientes, os possíveis riscos e as alternativas, seus direitos e responsabilidades.

Na oportunidade descrevemos, a seguir, os riscos e benefícios do estudo.

Quadro 14 Riscos e benefícios do estudo saberes e práticas da Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica de Saúde nos cursos de graduação em Enfermagem- Brasil e Colômbia.

RISCOS	BENEFÍCIOS
- participante poderá: - sentir estresse, incômodo e arrependimento em conversar com a pesquisadora no momento da entrevista; - sentir-se incomodado durante a observação direta durante o seu processo de trabalho nos cenários de prática das disciplinas relacionadas com a ABS/APS; - sentir-se impaciente com a entrevista caso seja longa e, consequentemente, demorada; -sentir-se constrangida/o /medo em conversar sobre o assunto, temendo represálias.	- Contribuir com os possíveis resultados para que os cursos de graduação em Enfermagem sejam fortalecidos no preparo dos graduandos de Enfermagem com os saberes e práticas, particularmente na ABS/APS. -Oportunidade de reconhecer o protagonismo das enfermeiras no desenvolvimento das atividades da APS, a partir de outra dimensão da prática com ênfase no processo saúde-doença, adoção de novos hábitos, e participação da própria comunidade. -Valorização dos cursos de graduação em Enfermagem na formação profissional enfermeira/o na ABS/APS.

4 *SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE:* visões acadêmicas em Enfermagem/Saúde



Neste item discutimos os sentidos[19] e significados[20] da Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica de Saúde a partir da compreensão da visão acadêmica em Enfermagem/Saúde de duas instituições de ensino superior no Brasil e Colômbia.

Nos detemos na análise dos dados empíricos sobre a realidade dos cursos de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana UEFS/BA, Brasil e de Graduação em Enfermagem da Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia UPTC/Boyacá, Colombia, destacando os fragmentos das falas representadas pelas respectivas instituições na língua pátria dos seus países.

As ideias e concepções são evidenciadas mediante as falas convergentes, divergentes, complementares ou diferentes, expressadas por cada sujeito do grupo de participantes, inclusive articuladas com os documentos selecionados e os estudos teóricos e/ou práticos publicizados.

Ao iniciarmos a análise sobre os sentidos e significados da APS/ABS nos reportamos, inicialmente, a definição da OPS/OMS (2021), compreendida como o primeiro ponto de contato entre a pessoa e o serviço de saúde, oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, que pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida.

Nesta perspectiva, deixa implícita que a APS tem a particularidade de proporcionar atenção integral no lugar mais próximo onde os indivíduos, famílias e comunidades realizam as suas atividades cotidianas. Por tanto, esse atendimento compreende os serviços específicos de promoção da saúde, prevenção e tratamento de

---

[19] **SENTIDO** é tematizado para estabelecer distinções e relações entre linguagem interna e externa, as características funcionais e estruturais da fala para o outro e para si (VYGOTSKI, 1993). Do mesmo modo, o "sentido" ressalta aquilo que é especificamente humano no homem, ou seja, sua "capacidade de criação e autoprodução nos seus modos e condições de existência" (NAMURA, 2004, p.91).

[20] **SIGNIFICADO** o significado da palavra só é um fenômeno de pensamento na medida em que o pensamento esteja relacionado à palavra e nela materializado, e vice-versa, ou seja, é um fenômeno de discurso apenas na medida em que o discurso esteja vinculado ao pensamento e focalizado por sua luz. É um fenômeno do pensamento discursivo ou da palavra consciente, é a unidade da palavra com o pensamento (VIGOTSKi, 2000).

doenças agudas e infecciosas, o controle de doenças crônicas, cuidados paliativos e reabilitação.

A partir da definição inicial, trazemos a seguir, os sentidos e os significados explicitados nos dados empíricos pelos participantes deste estudo manifestados nas entrevistas e documentos analisados uma vez que nos possibilitou perceber que os conhecimentos e experiências teóricas e práticas de gestores, docentes, discentes e informantes chave, tanto no âmbito universitário quanto nos cenários dos serviços de saúde do primeiro nível de atenção à saúde, particularmente no contexto do campo de estudo brasileiro, traduz a realidade do pensar e fazer o cuidar na APS/ABS, mesmo com seus avanços e retrocessos.

No Doc-4, "Política Nacional de Atenção Básica" (BRASIL, 2012), a Atenção Básica é caracterizada como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Tal compreensão é complementar ao pensamento de Lavras (2011), ao afirmar que a Atenção Primaria à Saúde se responsabiliza pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema, ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo, e organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença.

Ademais, o Doc-4 também destaca que a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Portanto, precisa ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

Uma realidade defendida por Heimann e outros (2011, p. 2881) ao reforçarem que a APS "é ou deve ser" a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde; "possui e deve aprofundar as características da universalidade" usando tecnologias apropriadas para solucionar os problemas de saúde mais prevalentes; e que suas ações, além da assistência, devem ser de prevenção e promoção à saúde.

Num sentido mais abrangente sobre a compreensão da APS Starfield (2002) advoga a idéia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que esse ponto de entrada necessita ser de fácil acesso e inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Ou seja, o ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada. Assim, a Atenção Primária é definida como a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo.

Entretanto, para Giovanella e Mendonça (2009) à constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que ele seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada novo episódio.

Mediante tal entendimento, a fala do gestor da UEFS e da UPTC converge com tal compreensão, pois considera que a Atenção Básica é a porta de entrada ao sistema de saúde, onde é possível atender as necessidades da população mediante as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

> [...] **Atenção Primária**, e que é a **porta de entrada do Sistema Único de Saúde**, uma das portas, por que todas as portas estão abertas, então uma das portas do SUS para que a pessoa seja assistida e a partir desse momento ela vai para os outros níveis de complexidade, para a média e para a alta complexidade. [...] é uma política pública do SUS que delibera sobre **ações de prevenção, promoção** na rede de atenção (Ent. G13).

> [...] para mí la **Atención Primaria** en salud es poder, eh, llevar a las personas lo que esas personas necesitan independientemente del nivel de atención en el que se encuentren y siempre con el enfoque de **promoción de la salud** ¿sí? (Ent. G20).

Portanto, o Ent. G13/UEFS e Ent. G20/UPTC acreditam que a APS funciona como a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, oferecendo atenção à população, mediante ações de promoção de saúde e prevenção de doença, permitindo, a partir desta intervenção, que o usuário seja atendido nos níveis de média e alta complexidade.

Do mesmo modo, as falas dos docentes convergem para essas concepções.

> [...] a **Atenção Básica** é dentro do sistema de saúde é a parte da rede de serviço onde está estruturada as ações mais primarias, **a porta de entrada do sistema,** todo cidadão deveria entrar pela Atenção Básica, **e ela se presta ações não só de**

> **assistência, mas de prevenção também à saúde**, lá é que ficam as vigilâncias, a saúde do trabalhador e a organização política de algumas políticas de saúde que são é dirigida à comunidade (Ent. Do2).
>
> [...] essa **Atenção Primária/Atenção Básica ela deve responder grande parte dos problemas de saúde que essa população apresenta**, e por isso ela não deixa de ser menos complexa ou menos importante do que os outros níveis de atenção (Ent. Do5).
>
> [...] la **Atención Primaria** permite como el mantenimiento de la salud, ¿cierto?, eh, la **promoción** y el **mantenimiento de la salud**, no sólo promocionar la salud sino, eh, con estrategias de educación en salud ayudarla a mantener esa salud en el mejor estado, ¿cierto?, eh, la **prevención de la enfermedad** es otra de las, mm, como de los objetivos, el diagnóstico, el tratamiento y eso es sus tres niveles y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad (Ent. Do30).

Concordamos com as falas da Ent. Do2/UEFS, Ent. Do5/UEFS e Ent. Do30/UPTC ao afirmarem que a Atenção Primária à Saúde é o ponto de partida para garantir a atenção à saúde da pessoa, família e comunidade. Assim, a APS oferece seus serviços de acordo com as necessidades apresentadas, para resolver desde o primeiro nível de atenção à maioria dos problemas de saúde da população, mediante atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças que contemplam ações como educação sanitária, alimentação, nutrição adequada, segurança hídrica, saneamento básico, assistência materno-infantil, imunização, prevenção e controle de endemias, tratamento básico e fornecimento de medicamentos.

Já o estudo "Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil" (CARRER et al., 2016) faz referência que a APS é considerada uma estratégia fundamental para aumentar a efetividade e resolutividade dos serviços, constituindo referência no cenário mundial para reduzir as iniquidades existentes no setor saúde.

Ademais, num outro estudo, "Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços*"* (COSTA et al., 2014) é mencionado que além das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças a forma como as práticas de cuidado são realizadas nos serviços de saúde também são importantes para o alcance da resolubilidade do atendimento.

Outrossim, defendemos ainda que a resolubilidade da APS pode ser alcançada também mediante um atendimento acolhedor, a responsabilização das equipes e o trabalho resolutivo em saúde baseado no cuidado corresponsável, no sentido de aprofundar os saberes e as práticas no campo da saúde.

Ainda, as docentes da UEFS ressaltam nas suas falas que a ABS é o primeiro nível de atenção e o primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde.

> É apesar da gente saber que deve ser o **primeiro contato**, e que acredito nisso realmente, eu acho que é o ponto da assistência que deve buscar assistir as pessoas e também prevenir alguns danos e agravos então muitas vezes a gente fala assim a Atenção Básica ou Atenção Básica no sentido de algo menor algo menos relevante (Ent. Do5).

> Para mim, **Atenção Primária ou Atenção Básica** é justamente o **primeiro nível de atenção à saúde** disponibilizado pelo serviço, ofertados pelo SUS, aos usuários do sistema. É onde o indivíduo deve iniciar o atendimento, pelo serviço de saúde (Ent. Do10).

Estão explícitas nos fragmentos destas falas que apesar das Ent. Do5 e Ent. Do10 conceberem a ABS como o primeiro nível de atenção no qual o usuário estabelece o primeiro contato com o sistema de saúde, não obstante ela é ainda considerada como um serviço "no sentido de algo menos relevante" dentro da rede de atenção.

Nesta perspectiva, segundo Lavras (2011), é senso comum entender as unidades de saúde da APS/ABS como espaços onde se dá, ou "deveria" se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos usuários com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados.

Sem embargo, em alguns países desenvolvidos a APS foi vista realmente como atenção essencial ao bom desenvolvimento de políticas de saúde pública e o primeiro nível de serviços de saúde para toda a população. Entretanto, frente à indução de organismos internacionais para reformas no setor saúde de pensamento neoliberal, nos anos que se seguiram muitos países adotaram uma APS seletiva, orientada para populações em extrema pobreza (GIOVANELLA, 2008).

Em contraposição com as falas dos docentes da UEFS e da UPTC salientamos que no estudo "Significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia" (CÁRDENAS, 2018) existe, uma clara ambiguidade sinônima no conceito de Atenção Primária à Saúde, o que possibilita uma confusão conceitual com categorias que possuem uma relação epistemológica histórica com a APS, derivadas das correntes do pensamento crítico-social.

Diante tal panorama, de acordo Montenegro e Brito (2011) é importante se estabelecer estratégias que invistam em formação e capacitação de profissionais para

atuarem diante dos princípios consistentes com a política nacional de saúde e a reafirmação da APS como modelo integral de saúde, uma vez que a saúde é considerada um direito fundamental de todo ser humano e a APS consiste em uma forma de alcançar a saúde universal e os objetivos de desenvolvimento sustentável.

Por conseguinte, destacamos a importância da unificação de critérios conceituais sobre a APS por parte dos docentes que tem a responsabilidade da formação dos estudantes nas instituições de ensino superior, já que a Enfermagem é considerada como uma das profissões da área da saúde com atuação essencial para a consolidação da APS, especialmente pelo potencial inovador, criativo e versátil desenvolvido nas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e os cuidados oferecidos sobretudo em áreas rurais e desprovidas.

Como observamos nos dados empíricos até então apresentados, há convergências entre o Doc-4, "Política Nacional de Atenção Básica" (BRASIL, 2012), e as falas dos Ent. G13/UEFS, Ent. G20/UPTC, Ent. Do2/UEFS, Ent. Do5/UEFS e Ent. Do10/UEFS e Ent. Do30/UPTC sobre a APS/ABS como porta de entrada e primeiro contato do usuário com o sistema de saúde também considerada pela Ent. IF18/UEFS e a Ent. IF35/UPTC numa ampliação das ações no decorrer do processo saúde-doença desse usuário individual e coletivo, considerando-se que.

> [...] é entendido como **porta de entrada do sistema de saúde**, que realiza as **ações de promoção, proteção, recuperação, reabilitação e morte digna**, tanto no âmbito individual quanto coletivo [...] ela responde por mais de 85 a 90% das **demandas de saúde da população.** (Ent. IF18).

> Bueno, la **Atención Primaria** para mi es la atención básica, la, la, el **primer nivel de atención** al cual un usuario acude ¿no?, para recibir, para recibir, eh, eh, toda la parte de la atención por ejemplo el cuidado de, tanto a nivel personal como a nivel de comunidad, como a nivel domiciliario, toda esa parte que tiene que ver con la atención básica, el primer nivel de atención con que el usuario debe tener el contacto, **el primer contacto de atención** ¿sí?, (Ent. IF35).

Convergências sobre o sentido e o significado da ABS representada na porta de entrada dos usuários à rede do serviço de saúde no primerio nível de atenção no Brasil e na Colômbia é uma relevante possibilidade para o cuidado em Enfermagem/saúde mediante ações de promoção de saúde e prevenção de doença, com o compromisso de responder à maioria das necessidades de saúde da população.

Entretanto, Maeyama, Dolny, Knoll (2018) reforçam que o primeiro atributo essencial da APS é o "primeiro contato", ao considerá-la como a porta de entrada 'preferencial' do sistema de saúde por pacientes adoecidos ou para acompanhamento de rotina de sua saúde. Mas, entendemos que a população precisa identificar a APS como sendo o primeiro recurso a ser acessado para resolver suas necessidades de saúde.

No Doc-2, "La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*"* (OPAS/OMS, 2007), inclusive é ressaltado que os serviços de Atenção Primária são considerados essenciais para garantir o acesso equitativo de toda a população aos serviços básicos de saúde. Portanto, os serviços considerados como a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde precisam estar o mais próximo possível de onde as pessoas vivem, trabalham ou estudam. Todavia, compreendemos que esse nível do sistema precisa ficar atento para oferecer uma assistência integral e integrada no sentido de resolver a maioria das necessidades e demandas de atendimento que a população apresenta ao longo da vida.

Concordamos com a concepção de que os serviços de saúde são parte essencial no cumprimento dos valores, princípios e elementos que compõem um sistema de saúde baseado na APS. Por isso, os serviços da APS são essenciais para garantir o acesso equitativo de toda a população aos serviços básicos de saúde e constituem uma porta de entrada do sistema de saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem, trabalham ou estudam.

O Doc-3, "Informe sobre la salud en el mundo; La atención primaria de salud; Más necesaria que nunca*"* (OPAS/OMS, 2008) complementa que a saúde é um sector económico em si cada vez mais importante e uma característica do desenvolvimento e da coesão social. Por conseguinte, entre as principais demandas que os cidadãos fazem a seus governos para promover a sociedade estão a proteção confiável contra ameaças à saúde e o acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade, quando necessário.

Outrossim, o Doc-4, "Política Nacional de Atenção Básica" (BRASIL, 2012) apresenta pensamento convergente ao explicitar que é preciso que o serviço de saúde se organize para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Além de ainda complementar que é visível que a ABS poderá possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de

qualidade e resolutivos, ao considerarmos como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, tendo em vista o acolhimento dos usuários e a promoção da vinculação, e a corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde dos seus usuários.

Em convergências aos sentidos e significados sobre a APS/ABS, as falas das discentes Ent. Di15/UEFS, Ent. Di16/UEFS, Ent. Di17/UEFS e Ent. Di34/UPTC concebem também a Atenção Básica como a porta de entrada, enfatizando-a como o acesso primário do usuário ao SUS, com ofertas de serviços de promoção de saúde e prevenção de doença, explicitadas a seguir.

> [...] **Atenção Primária e a Atenção Básica é a porta de entrada da saúde, onde o usuário tem acesso primário a saúde,** principalmente do SUS que é público que a gente mais lida, é, tem acesso aos diversos serviços que são oferecidos, né? (Ent. Di15).
>
> A **Atenção Básica ou a Atenção Primaria ela responde a uma porta de entrada para o nosso Sistema Único de Saúde** ne? Que é o SUS aqui no Brasil, e ela corresponde ao serviço primário de atenção que são essa promoção, prevenção[...] **promoção e prevenção a saúde** (Ent. Di16).
>
> [...] **Atenção Básica** é mais uma **proteção**, é uma **prevenção**, na verdade né, é como se a pessoa fosse na atenção básica pra ela se **prevenir de adoecer** (Ent. Di17).
>
> [...] **Atención Primaria** en salud es llegar a donde todas las personas, eh, pues a partir de las necesidades que ellos nos demuestran ¿no?, digamos que mmm, eh, la persona pues a lo largo de su vida dependiendo del ciclo vital necesita pues cosas diferentes. Digamos que la atención primaria se le puede brindar a partir de la pre[...] eh, pues **la prevención**, el tratamiento, la rehabilitación, dependiendo como lo que necesite (Ent. Di34).

Neste sentido, o significado da APS/ABS como o nível primário do sistema de atenção à saúde a concebe como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema com a resolubilidade desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, com o objetivo de minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994).

Ademais, diante desse contexto, o Doc-2, "La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*"* (OPAS/OMS, 2007) refere que um sistema de saúde baseado na Atenção Básica é constituído por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que possibilitem garantir a cobertura e o acesso universal aos serviços aceitáveis para a população e promovam a equidade. Porém reforça que esse atendimento

necessita ser integral, integrado e adequado ao longo do tempo, e voltado à prevenção das doenças e promoção da saúde, assim como para a garantia do primeiro contato do usuário com o sistema, tendo como base de planejamento e ação as famílias e as comunidades.

Por conseguinte, segundo Starfield (2002), o primeiro contato do usuário na APS implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. Essa "acessibilidade" possibilita que as pessoas cheguem ao serviço de saúde, sendo um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde necessária para se atingir a atenção ao primeiro contato. Contudo, a autora deixa explícito que essa acessibilidade envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende os horários e dias em que está aberto para o atendimento, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.

Para Starfield (2002), no contexto da Atenção Primária à Saúde, o acesso precisa ser universal e não necessariamente relacionado ao grau de necessidade, já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento. Contudo, a acessibilidade não é uma característica apenas da Atenção Primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque este é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde.

Acreditamos, mediante nossa experiência como profissional de saúde que a acessibilidade na APS possui componentes fundamentais dificilmente variáveis a partir dos serviços de atenção, por envolver o direito de acesso, o acesso geográfico que compreende a distância das residências dos pacientes às consultas e os meios de transporte. Em vista disso, a intervenção dos profissionais de saúde na organização do trabalho, das agendas e dos mecanismos de recebimento e convocação, são aspetos fundamentais para melhorar a acessibilidade.

Além do mais, segundo Starfield (2002), a APS apresenta atributos essenciais e atributos derivados. Dentre os atributos essenciais são definidos:

- **Primeiro contato**, como a porta de entrada (preferencial) do sistema de saúde por usuários adoecidos ou para acompanhamento de rotina de sua saúde. Em outras palavras, a

população precisa reconhecer a APS como sendo o primeiro recurso a ser acessado para resolver suas necessidades de saúde.

- **Longitudinalidade,** pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de Atenção Primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento.

- **Integralidade,** implica que as unidades de Atenção Primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários.

- **Coordenação,** do cuidado da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual).

Os atributos derivados são:

-Orientação comunitária, compreende o conhecimento das necessidades da população adscrita quanto ao contexto socioeconômico, a distribuição dos problemas de saúde no território, a interação com recursos/equipamentos disponíveis no território para o enfrentamento dos problemas e a participação da comunidade nas ações para melhoria de sua saúde.

-Orientação familiar, visa a consideração do contexto e da dinâmica familiar a fim de dar melhores respostas às necessidades de cada membro. Pode ser avaliado por dois eixos principais na ação das equipes: as informações sobre família disponíveis nos prontuários, bem como o conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família e sua maior ou menor capacidade de cuidado.

-Competência cultural, implica o reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, culturais e diferentes representações sociais dos processos saúde-doença.

Todavia, ressaltamos que o êxito dos serviços de saúde fundamentados na APS depende principalmente do reconhecimento das necessidades da pessoa, família e comunidade no seu contexto social e cultural, para proporcionar serviços no primer nível de atenção ao longo do tempo, precisando da participação da mesma comunidade. Essa atenção é oferecida por profissionais formados na área da Atenção Básica e está focalizada na saúde global, a fim de proporcionar cuidados básicos de saúde eficazes. Portanto, os atributos da APS são as características que devem ser atendidas para garantir o melhor atendimento das necessidades sanitárias da população.

Outrossim, segundo o Doc-2, "La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*"* (OPAS/OMS, 2007*)* a APS/ABS também poderá desempenhar um protagonismo na coordenação da continuidade da atenção e do fluxo de informações em todo o sistema de saúde, apesar de compreendermos que os serviços de Atenção Primária por si só não são suficientes para responder de forma adequada às necessidades mais complexas de saúde da população. Por conseguinte, esses serviços necessitam ser apoiados e complementados por diferentes níveis de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, bem como pelo restante da rede de proteção social.

A Declaração Alma-Ata (1978) foi um evento mundial de relevância assumido por vários países em defesa da Atenção Primária em Saúde. E, neste sentido, Giovanella e Mendonça (2009) defendem que ela necessita ser apoiada por sistemas de referência integrados, levando à progressiva melhoria da atenção integral à saúde para todos, dando prioridade aos que têm mais necessidade.

Assim, o Doc- 1, "Declaración de Alma Ata Atención Primaria de Salud" (OMS, 1978) complementa que a APS baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

Ao levarmos em consideração tal premissa, o Doc-4, "Política Nacional de Atenção Básica*"* (BRASIL, 2012) menciona que a responsabilização compartilhada entre as equipes de saúde e as equipes de Atenção Básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência,

ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Além disso, o mesmo documento ressalta que os sistemas de saúde precisam funcionar de forma integrada, tendo em vista também os mecanismos de coordenação da atenção em todo o espectro de serviços, incluindo o desenvolvimento de redes e sistemas de referência e contrarreferência.

Deste modo, o sistema de referência é entendido como o encaminhamento de um usuário da APS para um serviço de maior complexidade, quando ele necessita de um atendimento mais especializado. Enfim, de acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é "referenciado" (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita (SERRA; RODRIGUES, 2010; RODRIGUES; VIEIRA; LEITE, 2013).

Já a contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser "contrarreferenciado", ou seja, o profissional "deve" encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita (BRASIL, 2011).

Dessa maneira, a rede de referência e contrarreferência é um sistema que se desenvolve em quatro componentes que funcionam de maneira integrada (MENDES, 2011), referidos a seguir:

(1) a APS/ABS coordena a rede, que vincula a população;

(2) a atenção secundária, os ambulatórios especializados e os hospitais de média e alta complexidade;

(3) os sistemas logísticos, regulação, transporte sanitário, registro eletrônico em saúde e

(4) os serviços de apoio, assistência farmacêutica, apoio diagnóstico terapêutico.

Mas, para que a APS/ABS seja resolutiva, algumas condições precisam ser preenchidas, dentre elas Braga e outros (2013) |citam:

- adequação do perfil profissional dos integrantes das equipes;

- a existência de uma rede integrada de serviços adequada mediante um sistema de referência e contrarreferência;

- criação de ambiente e condições de trabalho adequado para o atendimento, prestação de cuidados e desenvolvimento de ações promocionais de saúde interativas com a comunidade que levem à sua sensibilização e participação e

- remuneração compatível.

Não obstante, o estudo "Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária" (MELO; CRISCUOLO; VIEGAS, 2016) menciona que os profissionais da APS e os gestores manifestam noções e "nóis" sobre o sistema de referência e contrarreferência e declararam que o acesso aos serviços de saúde se torna precário e inviável quando diversos aspectos negativos se tornam presentes no cotidiano da APS e dos serviços da rede, como encaminhamentos desnecessários, ações médicas pouco resolutivas no nível primário, contrarreferência pouco frequente, falta de recursos e estruturas, investimentos insuficientes, dentre outros.

Nesta perspectiva, destacamos que as maiorias dos sistemas de saúde estão focalizadas na atenção hospitalar, oferecendo solução imediata aos problemas de saúde da população, mediante o atendimento especializado e os recursos tecnológicos. Consequentemente, em muitos países os serviços de emergência estão saturados e excedem sua capacidade de resposta devido ao aumento da demanda de atendimento que pode ser resolvida nos serviços de primeiro e segundo nível de atenção. Portanto, acreditamos na evidência que a utilização da APS/ABS reduz as hospitalizações inadequadas.

Diante essa realidade, confirmamos que o Sistema de Referência e Contrarreferência é um mecanismo que se compõe de estratégias que permitem à população garantir o acesso aos serviços de saúde, com o apoio das entidades territoriais e os prestadores de serviços públicos de forma a garantir a continuidade do cuidado da saúde da população. Não obstante, para que este processo suceda é essencial a coordenação entre os diferentes níveis de atenção e a capacidade operacional de cada um deles de acordo com as necessidades, considerando que a entrada do usuário para o sistema deve ser sempre fornecida desde o primeiro nível de atenção.

A docente da UEFS Ent. Do4 complementa as ideias expressadas nos fragmentos das falas anteriores e reforça que o serviço de Atenção Básica precisa estabelecer aliança com as Redes de Atenção à Saúde para facilitar o sistema de referência e contrarreferência.

> A **Atenção Básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde** é[...] essa porta, ela é responsável por acolher, por receber e fazer a distribuição das **demandas** que se inserem no Sistema Único de Saúde. E, sendo a porta de entrada, ela vai fazer o atendimento com base nas **ações de prevenção**, **de promoção da saúde,** inclusive ações relacionadas aos programas específicos do Ministério da Saúde, atenção domiciliar, é[...] fazendo parcerias com outros elementos da rede, como serviços especializados e é[...] dando né?! As possibilidades para um **processo de referência e contrarreferência** dos outros níveis, né? **secundário e terciário**. (Ent. Do4).

Em vista disso, ressaltamos a importância de reconhecer a responsabilidade das equipes de Atenção Básica para estabelecer um processo de referência e contrarreferência compartilhado com os níveis secundário e terciário de atenção à saúde, com o propósito de fortalecer os princípios e a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Neste contexto, Viegas e Penna (2013, p. 181-190) referem que no Brasil, para a implantação e a integração dos serviços nos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde é prioritário que o sistema de referência e contrarreferência seja efetivo e eficaz, considerando a rede de atenção à saúde local e regional para a organização da assistência nos níveis primário, secundário e terciário.

Em consonância com esses autores, Andrade e Francischetti (2019) sustentam também que para que ocorra a efetivação dos princípios organizacionais do SUS, faz-se necessário lançar mão de estratégias de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que compõem o sistema, no sentido de favorecer que o usuário seja assistido com base em seu histórico de saúde e tratamentos prescritos. Porém, para que isto aconteça, é preciso que haja uma efetiva Referência e Contrarreferência em Saúde, onde um serviço informa ao outro sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo.

Ademais, o estudo "Organização do sistema de referência e contrarreferência de uma clínica-escola fonoaudiológica" (AVEJONAS; ESTEVAM; COUTO, 2015), destaca que quando o serviço trabalha de maneira articulada entre os profissionais da atenção primária, secundária e terciária, o processo de referência e contrarreferência ocorre de maneira eficaz, e o direito à saúde do indivíduo é garantido.

Há mais de quatro décadas, precisamente em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Alma-Ata (Rússia), ao definir a APS como chave para a implementação de um sistema de saúde que promova o desenvolvimento social e a saúde como direito, no decorrer desses anos, de acordo Nunes e outros (2016), estudos vêm mostrando, concretamente, com suas recomendações uma maior efetividade e eficiência de sistemas baseados na APS, influenciado, segundo Starfield; Shi; Macinko, (2005), pelo sistema de saúde brasileiro ao priorizar um maior investimento na APS, especialmente a partir da implantação do Sistema Único de Saúde em 1990.

Para Macinko e Mendonça (2018) os sistemas e serviços de saúde representam um investimento no bem-estar da população, mas o retorno nesse investimento é diferente entre países, que precisam balançar gastos, cobertura, qualidade e equidade, entre outros fatores.

Outrossim, de acordo com Lavras (2011), as iniciativas de investimento focadas na APS, necessariamente precisam contemplar:

- a adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes;

- a construção de novas unidades onde houver necessidade;

- a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais;

- o aperfeiçoamento do processo gerencial em todas as unidades básicas de saúde existentes;

- a implantação de protocolos clínicos consensuados com as demais unidades e a incorporação permanente de dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, com vistas a favorecer a integração das práticas profissionais e a garantir a continuidade assistencial.

Em concordância, Lapão e Pisco (2019) referem que é necessário reforçar o investimento, sobretudo relativo ao setor pessoal na APS até porque é uma parte importante da solução no sentido de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde, melhorar a cobertura e a saúde da população e, consequentemente, fortalecer a economia. Ao investir-se mais na APS com responsabilidade na prevenção à saúde e na promoção dos hábitos saudáveis, em longo prazo, o sistema de saúde poderá evitar custos com doenças evitáveis.

Entretanto, as falas das docentes da UEFS, Ent. Do1 e Ent. Do12 complementam as informações anteriores e consideram que o investimento é um aspecto relevante na ABS para garantir a continuidade do cuidado à saúde da população.

> Meu entendimento sobre **Atenção Básica** é o atendimento das doenças de alta complexidade ne? Se a gente quer melhorar, você tem que **investir primeiro na atenção mesmo integral**, é o fundamento de uma casa eu acho que o fundamento é esse (Ent. Do1).

> [...] a gente tem muito mais ganhos com a **Atenção Primária** em saúde do que se a gente investir simplesmente nos níveis já secundário e terciário de prevenção que aí já tem doença instalada e já tem mais gastos com relação a custo também, custo e custo na vida de cada uma dessas pessoas, por aí já não vão para o trabalho, já tem problemas em casa e **a gente ganha mais com os investimentos em atenção básica** apesar de que eles poderiam ser melhores (Ent. Do12).

A respeito dos investimentos na APS/ABS, percebemos que fica implícita nessas falas das docentes da UEFS (Ent. Do1 e Ent. Do12) uma realidade visível na maioria dos sistemas de saúde da América Latina, dado que, a maior parte dos investimentos é dirigida ao segundo e terceiro nível de atenção para atender doenças crônicas da população. Portanto, sistemas baseados nas culturas curativas e não preventivas, continuam gerando aumento dos gastos para os países e redução da cobertura universal à saúde e melhoramento da qualidade de vida oferecido na Atenção Básica.

De acordo com Barrios e Sagastuy (2017) é uma realidade que os países continuam priorizando um modelo centrado na atenção hospitalar, na alta tecnologia e na cura de doenças. Neste âmbito, na formulação de políticas, não se prioriza investimentos em infraestrutura, trabalhadores de saúde, tecnologias e estratégias socio-sanitárias para um trabalho efetivo com a comunidade com uma atuação sobre os determinantes sociais e aproximando a saúde do habitat das pessoas.

Por conseguinte, a OMS (2019) comenta que os países precisam aumentar os gastos com Atenção Primária à Saúde em pelo menos 1% de seus produtos internos brutos (PIB) para eliminar as gritantes lacunas de cobertura e cumprir as metas de saúde. Para tal fim, a maior parte desse financiamento viria dos próprios países utilizando recursos internos e aumentando os gastos públicos em saúde em geral ou reconduzir os gastos, já que, atualmente a maioria dos países investe pouco na APS.

Além disso, o Doc-4 “Política Nacional de Atenção Básica” (BRASIL, 2012) faz referência à importância de destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços. No âmbito federal o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à Saúde compõe o Bloco de Financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de Financiamento de Investimento.

Mesmo assim, os investimentos financeiros realizados em saúde no Brasil, nos três níveis de atenção, ainda são insuficientes. Destaca-se que há uma desigualdade em investimentos, tendo em vista a maior escassez de recursos, principalmente na Atenção Primária, devido a uma visão distorcida da sua complexidade, o que leva à desvalorização deste nível de atenção (MENDES, 2013; 2011).

Finalmente, segundo Almeida e outros (2018) o investimento no aumento da capacidade do primeiro nível de atenção para a prevenção de doenças, diagnóstico precoce e detecção de fatores de risco é um dos principais pilares da Declaração de Alma Ata e da Estratégia de Saúde Universal. Deste modo, a estratégia de APS requer uma participação social ativa e a incorporação de aspectos como a interculturalidade e gênero. Por isso, a APS não se trata de “serviços de má qualidade para os pobres”, mas sim do melhor investimento para alcançar saúde para todos.

5 *ENTENDIMENTO DOS DISCENTES E DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE A APS/ABS NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM BRASIL/COLÔMBIA*: concepções, intervenções e perspectivas



Este item tem como objetivo descrever a compreensão dos participantes deste estudo sobre o Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS em duas IES, UEFS/Brasil e da UPTC/ Colômbia.

A partir desses contextos entendemos que o campo da saúde é articulado ao conjunto da sociedade e como tal, segundo Minayo (2004), sofre as influências políticas, sociais e culturais do contexto no qual está inserido. Assim, a saúde transcende os limites setoriais, na medida em que depende de políticas sociais, micro e macroeconômicas, relações comportamentais, ações institucionais e individuais, dentre outros determinantes.

Por conseguinte, 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). Esses desafios se propõem a partir da percepção de que os egressos das escolas geralmente desconhecem ou não se interessam pelos principais problemas de saúde pública e o enfoque do ensino, já que, predominante nas escolas privilegia o tratamento da doença com base na especialização e no arsenal tecnológico mais recente.

Diante de tal panorama Ceccim e Feuerwerker (2004) referem que 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. Os autores também ressaltam que 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 criadas pelo governo em parceria com as Universidades e serviços.

Do mesmo modo, Amâncio Filho e Telles (2003) acreditam 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.

Assim, mediante a necessidade de estratégias de articulações na formação profissional e serviços de saúde- interface educação e saúde, para um ‘outro’ modelo assistencial de saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990) vislumbrou a importância da transformação do perfil dos futuros trabalhadores da saúde, dirigida ao campo da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, considerando-se:

- a base nos princípios e diretrizes do Sistema Público de Saúde, além de fundamentado no conceito ampliado de saúde;

- a utilização de metodologias que considerem o trabalho em saúde como eixo estruturante das atividades;

- o trabalho multiprofissional e transdisciplinar;

- a integração entre o ensino e os serviços de saúde; e no aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da população.

Diante disso, as instituições de ensino superior vêm sendo desafiadas a ‘quebrar’ paradigmas a respeito da formação profissional e precisam implementar ações que reorientem o processo de formação. Segundo Winters, Prado e Heidemann (2016) essas mudanças paradigmáticas, transformações, conquistas e desafios, mostram que já ocorreram muitos avanços para que os princípios do SUS sejam respeitados, também influenciaram a reconstrução dos projetos pedagógicos dos cursos em consonância com a reforma sanitária.

Por outro lado, é consenso que a formação profissional afeta profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (BRASIL, 1990). Nessa perspectiva, uma formação de baixa qualidade resultaria em um serviço carente de profissionais com conhecimentos, habilidades e competências necessárias para atuar no Sistema Único de Saúde. 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.

Neste sentido, vimos que o estudo “Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do

Sistema Único de Saúde" (THUMÉ; FEHN; ACIOLI; FASSA, 2018) salienta que as mudanças nas diretrizes curriculares implementadas nos cursos de Enfermagem no Brasil têm o propósito de formar enfermeiras para contribuir para a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Concretamente, temos visto que a Enfermagem apresentou um crescimento exponencial na última década, e nesta perspectiva concordamos com esses autores que tem agregado conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar em áreas como a atenção, a gestão, o ensino, a pesquisa e o controle social, aumentando, assim, a responsabilidade dos profissionais para com a sociedade.

Todavia o estudo, "Formação do enfermeiro e a necessidade de consolidação do Sistema Nacional de Saúde" (GRILLO; SILVA; SENA; TAVARES, 2013) menciona que há indicativo de que os cursos de graduação em Enfermagem têm incorporado, precocemente, a temática da promoção da saúde e prevenção de agravos como componentes da formação do enfermeiro. Para tais autores é possível afirmar que há um movimento de transformação na formação da enfermeira caracterizado pela consciência da necessidade de articulação da teoria com a prática e a inserção precoce das discentes em cenários vivos de aprendizagem, em especial na APS/Atenção Básica e em outros espaços da comunidade.

Ademais, Coelho (2007) explica que a Atenção Básica cumpre um 'papel' estratégico na dinâmica de funcionamento do Sistema Único de Saúde porque estabelece relações contínuas com a população e por se desenvolver por meio de um trabalho em equipe que enfatiza práticas democráticas e participativas. Diante das diretrizes estabelecidas pelo SUS e da proposta de Atenção Básica, é necessário conhecer a atuação da enfermeira e discutir a sua formação.

Entretanto, o Doc- 14 "Projetos Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana" (FEIRA DE SANTANA, 2017), cita que o Sistema Único de Saúde como modelo de assistência à saúde, ao basear-se na lógica das necessidades de saúde (perfil epidemiológico), ao centrar-se no trabalho multidisciplinar e assegurar a participação dos usuários (controle social), configura-se num espaço capaz de democratizar as ações de saúde e garantir a assistência à população.

Inclusive, o mesmo Doc- 14 explicita que tal modelo de assistência exige uma nova forma de organização do processo de trabalho, novas propostas pedagógicas, além da participação ativa dos trabalhadores de enfermagem enquanto atores sociais.

Neste cenário, considerando o compromisso das instituições universitárias com o processo de Reforma Sanitária e o modelo assistencial definido na Constituição Federal de 1988 e nas Leis 8080/90 (BRASIL 1990a) e 8142/90 (BRASIL 1990b) (Leis Orgânicas da Saúde), "Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana" (FEIRA DE SANTANA, 2017), deixa claro sua proposta de uma nova estrutura curricular para o seu Curso de Graduação, considerando as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico regionais.

Assim, o currículo do Curso de Enfermagem da UEFS busca formar a (o) enfermeira (o), levando em consideração a plenitude do homem como ser humano e profissional contextualizado, capaz de escolhas livres e responsáveis, comprometido com sua prática social e profissional tendo a saúde e a doença como um processo de caráter socioeconômico, cultural político e coletivo que se expressa nos perfis demográficos e epidemiológicos dos grupos humanos num dado momento histórico (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 1998).

Em respeito desses desafios, observamos que segundo o Doc-14, "Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana" (FEIRA DE SANTANA, 2017), o discente do Curso de Enfermagem da UEFS inicia sua vivência no sistema de saúde desde o primeiro semestre com o componente curricular Saúde Coletiva e com as práticas nas Unidades de Saúde da Família e Atenção Básica.

Nesta lógica, o Doc-11, "Resolução CONSEPE 155/2010" (FEIRA DE SANTANA, 2010), no seu Artigo 5 destaca a ementa do componente curricular de Saúde Coletiva (90h, sendo 60h teóricas e 30h práticas) com o enfoque nas concepções essenciais relacionadas com a determinação histórico-social do processo saúde-doença e a análise de saúde da população com base nos seus determinantes e condicionantes, a história das políticas de saúde no Brasil com ênfase no Sistema Único de Saúde, o modelo de atenção à saúde e proposta de reorientação da assistência, a saúde da família, a vigilância, a comunicação e a educação em saúde.

Todavia, não podemos deixar de também de referir que os demais componentes curriculares deste semestre são ‘fortemente’ dirigidos aos saberes biológicos como Anatomia Humana (60h), Biologia Geral (75h), Histologia Humana (60h), um total de 195horas, mesmo tendo outros componentes disciplinares como Tópicos Avançados de Filosofia (45h-teoria), História da Enfermagem (30h-teoria) e Informática em Saúde (60h-teoria/prática) conforme vemos no Quadro 4.

No contexto Colombiano, o Doc-8, “Ley Número 100 de 1993” (BOGOTA, 1993) descreve o Sistema de Segurança Social Integral, como é o conjunto de instituições, normas e procedimentos à disposição da pessoa e da comunidade para gozar de qualidade de vida, por meio do cumprimento progressivo dos planos e programas que o Estado e a sociedade desenvolvem para dar cobertura às Contingências Integrais, especialmente àquelas que comprometam a saúde e a capacidade econômica dos habitantes do território nacional, a fim de alcançar o bem-estar individual e a integração comunitária.

Ainda, o mesmo Doc-8 no seu livro II esclarece sobre o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde, cujos objetivos são regulamentar o serviço público essencial de saúde e criar condições de acesso de toda a população ao serviço em todos os níveis de atendimento, mediante algumas intervenções como:

- alcançar a extensão progressiva da cobertura da Segurança Social em Saúde, permitindo progressivamente o acesso à educação, informação e promoção da saúde e da proteção e recuperação da saúde aos habitantes do País; e

- estabelecer as ações da Atenção Básica de Saúde que serão oferecidas gratuitamente e obrigatórias, nos termos indicados pela Lei.

Além disso, segundo o Doc-15, *“*Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia” (TUNJA, 2010-2019) o comportamento da geografia da população e o panorama da situação do departamento de Boyacá na Colômbia, mostra a necessidade da formação de profissionais qualificados na execução de estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e controle de risco, nos diferentes planos de benefícios do Sistema Geral de Segurança Social em Saúde.

Ainda, o Doc- 15 refere que, diante tal realidade, a Escuela de Enfermería da UPTC com a sua experiência reconhecida na formação dos profissionais de Enfermagem, dirige os seus esforços para a melhoria das condições de vida e saúde da população, a promoção do autocuidado aos indivíduos, famílias e comunidades em diferentes contextos sociais, a educação e a promoção de práticas de vida saudáveis. Do mesmo modo, desenvolve processos de investigação para o avanço do campo da Enfermagem, a busca de novos modelos de cuidado e atenção em Enfermagem, a solução dos problemas de saúde da região e a gestão dos serviços e projetos de saúde.

Para tanto, o Doc-12, "Resolución N° 82 de 2009" (TUNJA, 2009) destaca que o Curso de Graduação em Enfermagem da UPTC, apresenta na sua área Disciplinar e de Aprofundamento a disciplina Saúde Familiar, no quarto semestre, sendo um espaço de formação que concebe o sujeito do cuidado como uma pessoa integral que interage em diversos contextos que, por sua vez, influenciam positiva ou negativamente em seu processo saúde-doença.

Além do mais, a disciplina Saúde Familiar é um determinante essencial do desenvolvimento social e representa o primeiro contato das pessoas, famílias e comunidades com os serviços de saúde, aproximando o mais possível a atenção de saúde de toda a população, no contexto da sua vida cotidiana, sendo fundamental a participação e o empoderamento da família e da comunidade na definição dos problemas e na tomada de decisões que visam modificar os requisitos de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

Diante do Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS percebemos as convergências das falas dos docentes ao referirem que o Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS é orientado na perspectiva do SUS, abrangendo a Atenção Primaria à Saúde como elemento fundamental, inserindo o discente antecipadamente no serviço de AB, mediante o componente curricular Saúde Coletiva já no primeiro semestre.

> [...] eu vejo que o curso se organiza para que o aluno tenha uma **vivencia mesmo que breve de todas as oportunidades que o sistema e a Atenção Primária** e a Atenção Hospitalar **pode oferecer** então mesmo que ele passa dias 3, 4, 5 dias na prática nesses componentes, ele viveu desde a atenção pré-hospitalar a [...] o **atendimento na Unidade Básica de Saúde, na Unidade de Saúde da Família**, na Policlínica, ele vai ao SAMU então ele vai aos

> prestadores de assistência, ele visita a Secretaria para conhecer as vigilâncias a estrutura da Secretaria que organiza isso (Ent. Do2).

> É tanto, que este **estudante**, quando você pega o fluxograma do curso, o mais **precocemente ele é inserido no serviço a Atenção Básica**, **a nossa disciplina Saúde Coletiva desde o primeiro momento do curso**, nós temos a inserção desse estudante e isso é histórico no curso de Enfermagem (Ent. Do3).

> E complementando a formação que o estudante de Enfermagem ele recebe durante a graduação ele leva, faz com que estudante ele trilhe esse caminho e tenha esse entendimento com clareza do que venha ser a **Atenção Primária em Saúde e qual é o papel dele, qual a sua função e a importância dele nessa Atenção Primária a Saúde**, isso pra mim é claro (Ent. Do7).

A Ent. Do29 da UPTC também apresenta uma fala convergente com as referidas no sentido que a APS está presente em todos os níveis de formação do Curso de Graduação em Enfermagem, capacitando ao discente para fazer abordagem e intervenção na comunidade.

> [...] para nosotros **la Atención Primaria en salud es transversal**, es decir, todo, eh, todos los cursos, **todos los niveles de formación dentro del curso** como tú lo llamas, eh, **deben tener algunos elementos que fortalezcan la Atención Primaria en Salud**, entonces por eso, vuelvo a los principios no, la idea es que todos **nuestros estudiantes tengan una conciencia de lo que es la Atención Primaria**, eh, que sepan, eh, buscar las herramientas y las estrategias para llegar, eh, a las personas, eh para llevar la salud a las personas y empoderar a las personas (Ent. Do29).

Como vemos as falas dos Ent. Do2, Ent. Do3, Ent. Do7 da UEFS reforçam que o Curso de Enfermagem, tem duas abordagens na sua matriz curricular, uma na rede hospitalar e a outra na rede básica de Atenção Primaria à Saúde, neste âmbito os componentes curriculares estão associados como os ciclos de vida e geralmente são subsequentes.

Além do mais tivemos oportunidade de observar que o Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS e da UPTC desde seu início, apesar da ênfase dada valorizando as ações da Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica ainda há uma supervalorização da atenção hospitalar, mesmo tendo o discente de Enfermagem sido inserido antecipadamente na área de ABS/APS com a Saúde Coletiva (UEFS) e a Saúde familiar (UPTC) para estabelecer seu primeiro contato com a comunidade.

Entendemos que os respectivos Cursos têm uma inclusão importante dos conteúdos relacionados com a APS e é fundamental no processo de formação do discente neste cenário, possibilitando o seu entendimento sobre a importância das suas atribuições, concretamente.

A pesquisa, “Formação do enfermeiro para a Atenção Básica: análise da orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica a partir de um curso de graduação” (BRITO, 2014) refere que a inserção dos discentes no cenário de práticas é essencial para formar profissionais de saúde reflexivos e inquietos, sendo que os desafios impostos pelo serviço e seus trabalhadores, bem como as necessidades de saúde da população, potencializem o mutável em seu ser, tornando à profissional enfermeira um constante aprimoramento emergido das transformações sociais.

Todavia, de acordo com Backes e outros (2010) para que a enfermeira contribua com a efetiva implantação dos princípios que regem o SUS, é necessário que essa profissional conheça, compreenda e incorpore tais princípios em sua prática diária, independentemente de sua área de atuação e nos diversos níveis de complexidade de saúde. Tal compreensão precisa iniciar-se ainda no processo de formação da enfermeira e continuar em seu cotidiano profissional, visto que os conceitos vão se reformulando na medida em que novas situações e novos conhecimentos surgem.

Segundo Winters, Prado e Heidemann (2016), o processo de formação em Enfermagem é voltado para o Sistema Único de Saúde, e está em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais. Desse modo, o eixo curricular dos cursos se constitui a partir da promoção da saúde no processo de viver humano, nos diversos cenários do trabalho em saúde. Portanto, na realidade, somente por meio da inserção da discente é que ela vai tomar consciência de si e do mundo, e se apropriar da realidade, refletir sobre ela e depois de admirá-la, transformando-se de acordo com suas ações.

Não obstante, de acordo com Montenegro (2010) são muitos os desafios ainda presentes na formação profissional para a atuação na APS. Existe a prioridade de envolver as Universidades que até este momento não se adequaram as exigências das Diretrizes Curriculares e do SUS a promoverem uma formação profissional compatível com as necessidades da população e voltada para o modelo de atenção à saúde vigente; proporcionar aos discentes vivências práticas em diversos cenários de aprendizagem nas Universidades e nos serviços; incentivar os profissionais mais experientes a manterem- se atualizados; desenvolver projetos que priorizem a articulação entre profissionais da saúde, discentes e docentes, visando o envolvimento de todos na descoberta de novas estratégias e metodologias

para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e, consequentemente, da formação profissional.

A este respeito, considerando-se as falas dos Ent. Do2, Ent. Do3, Ent. Do7 da UEFS e o Ent. Do29 da UPTC, as falas das discentes Ent. Di15 e Ent. Di17 da UEFS e o Ent. Di32/UPTC complementam que o Curso de Graduação em Enfermagem está muito bem enfocado na APS/ABS e é fundamental já que, a enfermeira tem uma atuação proativa na coordenação das atividades dentro das Unidades Básicas de Saúde, a visita domiciliar o e o trabalho com a comunidade.

> É[...]eu acho que **o curso daqui é muito bem voltado pra Atenção Primária a gente tem muitas disciplinas em que a gente vai pro PSF pra Unidade de Saúde e aprende**... vê como ela funciona né de início só observa e depois quando a gente vai passando pra fases...outros semestres a gente aprende também a participar daquelas ações a participar das consultas, e intervir mesmo em certas situações na atenção primária (Ent. Di17).
>
> Eu acho de **fundamental importância**, porque **sem a Enfermagem dentro dessas Unidades, não funcionaria de forma alguma**, porque é a enfermeira que tá ali, enfim, é a Enfermagem que tá ali coordenando tudo, né? [...] Então eu acho de **fundamental importância o papel do enfermeiro ali como coordenador, como enfermeiro** que é, e é isso (Ent. Di15).
>
> Le comentaba que nosotros vemos, eh, prácticas clínicas **desde tercer semestre y a mi modo de ver la APS ha sido incluido desde este semestre puesto que nosotros hacemos visitas domiciliarias, o sea tomamos el modo comunitario** desde ese semestre haciendo visitas y teniendo en cuenta en estas asignaturas el tema de la salud pública, **entonces nosotros hemos venido como empapándonos de ese tema desde, desde muy temprano** (Ent. Di32).

Concordamos com |os Ent. Di15, Ent. Di17 da UEFS e o Ent. Di32 da UPTC, ao considerarem que os Cursos de Graduação em Enfermagem dessas Universidades, focalizam partes de seus componentes curriculares na área da Atenção Primária à Saúde. Desta forma, observamos que a discente tem a oportunidade de aprender e participar nas situações próprias da APS durante a sua formação.

Além do mais, sabemos que a formação da enfermeira na área da APS/ABS é essencial visto que, o seu trabalho poderá permitir o desenvolvimento das atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa dentro dos serviços de saúde do primeiro nível de atenção, portanto, as ações precisam ser mais valorizadas. Ademais, o Curso de

Enfermagem poderá oportunizar ao discente reconhecer as suas atribuições e ter uma experiência na APS, facilitando seu agir como profissional.

O estudo "Atenção Primária à Saúde e Educação em Enfermagem no Brasil" (FELIX; MAIA; SOARES, 2019) faz referência que o ensino de Enfermagem em APS é um ponto crucial para alcançar a saúde universal. Assim sendo, as faculdades de Enfermagem precisam conduzir programas educacionais alinhados à estratégia do acesso universal a saúde e cobertura universal de saúde, com o objetivo de preparar profissionais com o perfil necessário para atender às necessidades da população.

Ademais, para Montenegro (2010) 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 referentes à qualidade e implicações éticas de seu trabalho.

Também, segundo esse autor, as novas estratégias em busca de melhorias no serviço do primeiro nível de atenção caminham 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.

Desse modo o gestor, Ent. G13/UEFS, apresenta uma fala em convergência com as anteriores, pois considera que o Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS é uma parceria, e capacita o discente em todos os níveis de assistência e não somente para atuar na APS, estabelecendo um vínculo com a comunidade.

> Bom, meu entendimento é uma **parceria**, visto que para o enfermeiro ser **formado e capacitado** ele precisa passar por **todos os níveis da assistência**, e a **Atenção Primária é justamente esse vínculo com a comunidade**, essas descobertas do aluno em relação à capacidade de ajudar, de proporcionar educação em saúde, de realizar visitas nos domicílios das pessoas que precisam, sair dessa interface do intermuros e trabalhar na comunidade, trabalhar na perspectiva de ter resolubilidade e não simplesmente executar tarefas, é ver resultados (Ent. G13).

O Ent. G13 entende que a formação do discente no contexto da APS é feita a partir de uma parceria ou acordo implícito do Curso de Graduação em Enfermagem com

os serviços de saúde e o vínculo com a população, o que, com certeza, permite à sua capacitação nos diferentes níveis de atenção à saúde e na Atenção Primária à Saúde.

Complementando a fala da Ent. G13/UEFS, o Ent. Do28/UPTC afirma que o Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS tem uma trajetória relevante na formação profissional da enfermeira nesta área na atenção do cuidado comunitário.

> Bueno, pues digamos que la **Escuela de Enfermería de la UPTC tradicionalmente o en los 45 años que lleva, eh, formando profesionales de Enfermería pues siempre tuvo un componente de Enfermería comunitaria**, eh, no tanto de Atención Primaria, la verdad de Atención Primaria empezamos a hablar hace muy poco o sea siempre hicimos un trabajo Enfermería comunitaria muy importante y digamos que **el perfil de las egresadas estaba muy enfocada en la Enfermería comunitaria**, **no tanto la Atención Primaria pero pues está inmersa ahí** pero no se vislumbraba y no se tocaba puntualmente bajo ese nombre la estrategia [...] (Ent. Do28).

Por tanto, a formação na APS/ABS possibilita o primeiro contato do discente com a comunidade, possibilitando o vínculo durante o desenvolvimento das atividades práticas centradas na promoção da saúde, com destaque as atividades de educação em saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, além das atividades de planejamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos sujeitos, individual e coletivo como família e demais grupos sociais, respondendo às necessidades de saúde das populações.

Neste âmbito, de acordo com o contexto da ABS com seus princípios e diretrizes, pensar em uma formação voltada para tal cenário, é perceber que esse, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), é o primeiro nível de atenção à saúde que está mais próximo da vida e do local de moradia das pessoas e que é considerado como a principal porta de entrada para o SUS, onde são realizadas diversas ações como de promoção da saúde e de prevenção de agravos e doenças.

Por isso, compreendemos que é fundamental a reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde e seu ‘papel’ central na resolução dos problemas de saúde da população. Segundo Sobral (2018), é importante dizer que a formação e a atuação dos profissionais isoladamente não são suficientes para gerar os resultados desejados e garantir qualidade aos serviços de saúde. E, nessa direção ressalta que, pensar sobre a

formação das enfermeiras torna-se essencial, uma vez que, se constituem profissionais nucleares para o cumprimento dos princípios e diretrizes da ABS.

Ainda, para os informantes chave, Ent. IF18 e Ent. IF19 da UEFS e Ent. IF135 da UPTC, o Curso de Graduação em Enfermagem tem uma relação próxima com a formação dos profissionais na APS/ABS, contribuindo com o SUS, o maior empregador da enfermeira na Atenção Básica e com o desenvolvimento das atividades nas comunidades.

> **O curso de graduação em Enfermagem na Atenção Básica**, ele, eu acho que **é um fator estruturante da formação**, se a gente traz aqui para a política de atenção à saúde no Brasil, **o maior empregador do SUS do enfermeiro é o Sistema Único de Saúde,** e essas enfermeiras estão empregadas majoritariamente na atenção básica, então a gente tem uma **relação muito forte, muito próxima com a Atenção Básica com a formação** (Ent. IF18).

> A maioria dos cursos de Enfermagem, eles fazem esse papel, e **é fundamental que nós encontramos nossos profissionais de enfermagem espalhados em todas as regiões do estado da Bahia e de fora da Bahia**. **Pra nós isso aqui, esse foco na Atenção Primária, ele é fundamental** (Ent. IF19).

> [...] la **Escuela de Enfermería de la UPTC tiene un gran énfasis en Atención Primaria** una de las, digamos como, una de las, de las, de las bases o no dijéramos bases, digamos de las áreas fuertes es en **Atención Primaria** en, ehh, aquí **el enfoque curricular contempla también eso**, que es, hasta hace 8 años que yo me pensioné, pero ese era un fuerte, **una área fuerte en el cual nosotros trabajábamos tanto a nivel comunitario, a nivel domiciliario y a la atención a nivel personal de la persona** ¿cierto?, **entonces la UPTC tiene un fuerte, un fuerte enfoque en eso, en la, en la Atención Primaria** (Ent. IF35).

As Ent. IF18, Ent. IF19 e Ent. IF35 reforçam a importância dos Cursos de Graduação em Enfermagem na formação de profissionais na APS/ABS como elemento primordial que contribui com a força de trabalho do Sistema Único de Saúde (Brasil) e o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (Colômbia). Todavia, de acordo com Santos e outros (2008) a formação acadêmica no curso superior em Enfermagem precisa garantir o perfil multiprofissional e proporcionar identidade profissional para agir em situações de imprevisibilidade, realidade a que estão sujeitos os profissionais enfermeiros nos serviços de saúde.

Por conseguinte, o processo de trabalho da enfermeira na Atenção Básica oportuniza ultrapassar o conhecimento biológico e estabelecer as relações entre processo saúde-doença numa perspectiva ampliada para o social, mesmo sem perder de vista os dados epidemiológicos que fornecem subsídios para viabilizar ações capazes de causar um impacto positivo na saúde da população.

No âmbito da ABS, Ferreira, Périco e Dias (2017) sinalizam a relevância do trabalho da enfermeira nesse cenário, uma vez que a profissional tem a possibilidade de construir a integralidade da assistência prestada de forma individual e coletiva, elevando o nível de saúde dos envolvidos. Ressaltam ainda que a Enfermagem como uma prática social tem a responsabilidade de produzir ações de saúde por meio de um saber específico com os demais membros da equipe num contexto político e social do campo da saúde.

Tais autores consideram que a prática de Enfermagem na ABS vem trazendo mudanças no sentido de prestar um atendimento integral com vistas à prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, e ainda promove contribuições por realizar atividades além da assistencial, de gestão, de ensino e de pesquisa.

Neste cenário, a Enfermagem é desafiada a buscar caminhos que respondam, de forma crítica e efetiva, às questões de saúde que são postas na vida em sociedade. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2007), a postura ético-política e técnico-operativa subjacente a essa convocação por práticas alinhadas aos princípios do SUS é comprovada pelo Código de Ética Profissional, ao prescrever que o profissional de Enfermagem deve participar de atividades que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e de defesa dos princípios contidos nas políticas públicas de saúde e ambientais, estimulando a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a resolutividade, a preservação da autonomia dos usuários, a participação da comunidade nas decisões relativas à saúde, a hierarquização e a descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

Além disso, o Doc- 4 “Política Nacional de Atenção Básica” (BRASIL, 2012) descreve as atribuições específicas da Enfermeira, que envolvem em seu processo de trabalho, principalmente, nas seguintes funções:

-Assistencial, na qual a enfermeira realizará atividades de atenção à saúde aos indivíduos e famílias no domicílio ou em espaços comunitários, realização de consultas com

solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamentos conforme preconizados e procedimentos diversos;

-Administrativa, na qual a enfermeira realizará atividades de planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde e ainda a observância do adequado funcionamento da unidade de saúde por meio do gerenciamento dos insumos; e

- Educativa, devendo contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe.

No que concerne a Colômbia, o Doc-9, “Ley 266 de 1996” (BOGOTA, 1996) no seu artigo 17 menciona as competências do profissional de Enfermagem em Colômbia, de acordo com os princípios, definição, finalidade, âmbito e natureza social do exercício e para os efeitos desta Lei:

1 Participar da formulação, desenho, implementação e controle de políticas, programas,

planos e projetos de assistência à saúde e Enfermagem.

2 Estabelecer e desenvolver políticas e modelos de cuidados de Enfermagem de acordo

com as políticas nacionais de saúde.

3 Definir e aplicar os critérios e padrões de qualidade nas dimensões éticas e científicas

e aspectos tecnológicos da prática de Enfermagem.

4 Dirigir os serviços de saúde e Enfermagem.

5 Direcionar instituições e programas de Atenção Primária à Saúde, priorizando o atendimento aos grupos mais vulneráveis da população e os riscos prioritários em coordenação com as diferentes equipes interdisciplinares e intersetoriais.

6 Exercer responsabilidades e funções de assistência, gestão, administração, pesquisa, ensino, tanto em áreas gerais como especializadas e afins com a natureza de seu exercício, tais como assessoria, consultoria e outras afins.

Vemos convergências entre as falas do Ent. Di17 e as falas dos Ent. Do1, Ent.Do2, Ent. Do8 e o Ent. Do10 igualmente da UEFS, ao mencionarem que os docentes e discentes do

Curso de Graduação em Enfermagem, realizam atividades de Atenção Primaria à Saúde de forma integrada, nas Unidade Básica de Saúde (UBS), e na comunidade. Estas ações incluem a promoção de saúde e a prevenção de doença com baixas tecnologias, conseguindo resolver os problemas de saúde da população, aqui ilustradas em algumas falas.

> [...] a carga horária era bem extensa, você tinha Saúde Pública I e Saúde Pública II, a gente ficava comparando ne? Os colegas, a Católica é hospitalocêntrico, a Federal e **a UEFS trabalham com povão**, **que trabalhar com povão é trabalhar em Unidade Básica de Saúde e Atenção Primária**, tanto que eu só trabalhei no hospital uma vez na minha vida, tenho 23 anos de formada e trabalhei na Atenção Básica (Ent. Do1).

> Eu penso que o **nosso curso, ele está muito bem adaptado ao eixo da política da Atenção Primária à Saúde, né, ou Atenção Básica**, o que você queira colocar, nós desenvolvemos em vários componentes curriculares **ações de prevenção, em todos os ciclos básicos,** ciclos de vida da mulher, então a gente pega a adolescente, criança, mulher ou gestante e realizamos as atividades pertinentes da atenção básica, no que se refere à **promoção da saúde e a prevenção de doenças** (Ent. Do8).

> **A UEFS consegue integrar a Atenção Primária, como também os serviços de média e alta complexidade**. Consegue fazer isso muito bem, ela trabalha no entendimento da clínica ampliada, então em relação à atenção primária ela enfatiza muito nesse período da graduação, para que os **estudantes compreendam a importância de se fazer saúde na atenção básica através da promoção e prevenção de doenças** sem claro destacar a importância para a cura e reabilitação, isso é muito importante a gente destacar... E sim na perspectiva de que mesmo **com baixas tecnologias nós conseguimos resolver os problemas de saúde da população, atendendo às suas necessidades básicas** (Ent. Do10).

As falas dos Ent. Do1, Ent. Do8 e o Ent. Do10 destacam que o Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS no contexto da APS/ABS, está adaptado e integrado à Política da Atenção Primária de Saúde. Ademais, contém componentes curriculares que desenvolvem ações de promoção de saúde e prevenção de doenças em todos os ciclos básicos. A discente de enfermagem realiza atividades de Atenção Primária à Saúde na Unidade Básica de Saúde com a população dos diferentes ciclos de vida como criança, adolescente, adulto jovem, adultos na maturidade, idoso e gestante.

Observamos que o curso de Enfermagem consegue integrar a Atenção Primária com as atividades da promoção de saúde e prevenção de doenças e os serviços de média e alta complexidade durante o período da graduação. Inclusive com baixas tecnologias, docente e

discente do curso conseguem resolver os problemas de saúde da população, atendendo às suas necessidades básicas.

Ademais, segundo Solla e Chioro (2008), a lógica da organização do SUS pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada com a finalidade de se conhecer os problemas de saúde de cada população. Essa lógica favorece a realização de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso aos demais níveis de complexidade, como atenção ambulatorial e hospitalar.

Em concordância, Coelho (2007) comenta que o Sistema Único de Saúde é responsável pela assistência à saúde de cerca de 140 milhões de brasileiros. Desse modo, atua nos três níveis de atenção à saúde, sendo eles: atenção básica, média e alta complexidade. Na atenção básica destacam-se as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, além de compor o primeiro nível de atendimento curativo. A média complexidade visa atender aos principais problemas de saúde e agra vos da população, através de atendimentos com profissionais especializados e a alta complexidade envolve alta tecnologia e alto custo.

Todavia, Gonçalves (2014) expressa que os modelos de atenção em saúde são formas de organização dos serviços, tendo como referência a sua complexidade tecnológica. Assim, o modelo de atenção mais disseminado é o modelo hierarquizado, que apresenta três níveis de atendimento à população:

- atenção básica à saúde, ou atenção primária, definida como o conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, referentes ao primeiro contato e de menor densidade tecnológica, entre outras atribuições;

- atendimento de média complexidade que corresponde a consultas a especialistas, a exames diagnósticos, entre outros, e representam o maior gargalo do sistema de saúde no Brasil; e

- atendimento de alta complexidade, que são aqueles atendimentos maiores, consumidores de recursos de grande monta e de elevada densidade tecnológica.

Portanto, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) a Atenção Primária é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia

de baixa densidade. Por tecnologia de baixa densidade fica subentendido que a Atenção Primária inclui um rol de procedimentos menos complexos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade.

Diante dessa realidade, na gestão e/ou na execução das práticas assistenciais, educativas e preventivas, no nível da Atenção Básica, o trabalho da enfermeira é estratégico e indispensável, sendo assegurada sua inserção nas equipes e nos territórios por meio dos marcos programáticos e legais do SUS (BRASIL, 2012).

Não obstante, de acordo com Matumoto e outros (2012), os aspectos positivos, advindos da reorientação do modelo assistencial, as requisições sócio ocupacionais nesse espaço de intervenção, são complexos e provocam dilemas e questões éticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas no interior da própria profissão, uma vez que a demanda cotidiana ainda reflete a predominância do modelo biomédico, em que o cuidado se dá mais por meio de medidas e de procedimentos técnicos, de diagnósticos terapêuticos, em geral, em ambiente hospitalar.

Divergindo das falas anteriores, o Ent. Do9 da UEFS declara que o Curso de Graduação em Enfermagem continua, na atualidade, sofrendo alguns dos efeitos do modelo hegemônico da sociedade capitalista.

> Então eu diria que **o curso ele sofre ainda a coisa geral que é o modelo hegemônico numa sociedade capitalista**, que é um modelo onde, por exemplo, de cada $100, 00 na saúde, aproximadamente $70,00 vai para média e alta complexidade e não significa dizer que os 30% vai pra atenção primária (Ent. Do9).

Além disso, a Ent. Do11/UEFS e o Ent. Do28/UPTC complementam que no Curso de Graduação em Enfermagem surgiu a necessidade de reorientar a formação e estabelecer um currículo integrado para acompanhar as Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil) e a organização do Sistema de Saúde (Colômbia) no contexto da APS/ABS.

> [...], mas eu tive a oportunidade de coordenar o curso e eu me lembro bem que nós é discutíamos **muito a necessidade de reorientar a formação na nossa área até pra acompanhar as diretrizes curriculares que estavam**

> **em processo de discussão e de formalização no contexto nacional** né pelo próprio conselho é nacional de educação (Ent. Do11).

> [...] digamos que cuando el **Departamento de Boyacá** nos define o decide hacer, eh, esto que está en **el Sistema de Organización del Sistema de Salud** del Departamento **con un enfoque de, de Atención Primaria** un poco más o menos hacia el 2010 empiezan a **surgir como otras necesidades de capacitación y pues teniendo capacitaciones más en Atención Primaria en Salud y pues se empieza a mirar como el currículo empieza a transformarse** desde ahí y a cambiarse desde ahí pero pues en realidad actualmente es que estamos trabajando en poder **reformar el currículo** [...] (Ent. Do28).

Tais afirmações convergem com a fala do Ent. IF36 da UPTC ao mencionar que antes do primeiro processo de auto avaliação do Curso de Graduação em Enfermagem, a formação tinha um enfoque muito clínico e, nesse sentido, foi necessário reorientar algumas disciplinas essenciais para fortalecer a abordagem de saberes e práticas no contexto da APS/ABS.

> [...] nosotros **pensábamos que estábamos formando profesionales con mucha habilidad para el trabajo comunitario y la Atención Primaria** y cuando hicimos la primera, cuando, cuando hicimos la **primera autoevaluación** en mil novecientos noventa, nos dimos cuenta que no, que **teníamos mucho enfoque clínico**, para atender, atender a los pacientes, no atender a las, a las personas y las comunidades, entonces nosotros nos dimos a la tarea de **revisar la forma en como estábamos trabajando y en todas las asignaturas se tenía una formación clínica y una formación comunitaria,** y la formación comunitaria nosotros la veíamos en el trabajo que se hacía con educación para la salud y con la atención a las familias de los pacientes y teníamos dos asignaturas que fueron claves, a mí me parecen claves y creo que todavía están y fueron **educación para la salud, es una de las asignaturas claves para nosotros poder poner en práctica la Atención Primaria** (Ent. IF36).

Ademais, a Ent. Di31 da UPTC diverge das falas anteriores ao considerar que o Curso de Graduação em Enfermagem ainda apresenta componentes curriculares com um enfoque muito clínico e pouca abordagem na APS/ABS.

> Pues a mí me parece que desde que estamos en **tercer semestre** que es cuando empezamos las prácticas como tal siempre nosotros tenemos nuestro **modulo comunitario que va enfocado como a todas esas, a esas acciones en la Atención Primaria en Salud**… **la mayoría de nuestros componentes son clínicos, son muy poquitos los que tenemos comunitarios** y pues a mí me parece una parte muy importante dentro de la carrera; no quiero decir que la universidad no nos hayan dado la oportunidad pero **si me parecería importante que se enfocara un poquito más en esta parte que está en tanto auge ahorita en el siglo XXI con todo lo de la promoción y la prevención** (Ent. Di31).

Nesta lógica, considerando-se as falas dos Ent. Do9 e Ent. Do11 da UEFS, e Ent. Do28, Ent. IF136 da UPCT, na fala divergente da Ent. Di31/UPTC, foi notória a necessidade de mudança do currículo nos Cursos de Graduação em Enfermagem com um olhar mais crítico e ampliado acerca dos Sistemas de Saúde (Brasil e Colômbia) e uma perspectiva de entender o processo de saúde doença em relação com os determinantes sociais da saúde.

Neste contexto, depois dessa mudança, percebemos que o currículo do curso de Graduação em Enfermagem está integrado à Política da Atenção Primaria à Saúde, além de ser dinâmico e estar formado pelo contexto social, econômico e político principalmente. Além disso, a discente está vivenciando sempre a Atenção Básica, a atenção de média e alta complexidade até a terminalidade.

Diante tal perspectiva, para Nunes e outros (2008), o currículo integrado é considerado uma abordagem pedagógica que possibilita o ensino das ciências de forma interdisciplinar, impulsionando o estudante a analisar de forma crítica os problemas de saúde das populações, capacitando-o para atuar na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Complementado por Albuquerque e outros (2008) o currículo integrado valoriza o espaço de articulação entre ensino, serviço e comunidade como cenário do processo ensino-aprendizagem, o que leva a necessidade do discente a refletir sobre sua ação e a realidade em que está inserido com o objetivo de problematizar o seu cotidiano, tomando o que tem para ser aprendido como mola propulsora do processo de formação, na perspectiva de uma aprendizagem crítica e reflexiva.

A respeito do estudo, “Formação do enfermeiro para a atenção básica: um olhar sobre o conhecimento produzido” (BRITO et al., 2017) a proposta do currículo integrado surge como um esforço na busca da articulação teoria e prática sem fragmentação e compreensão da formação da enfermeira como um processo contínuo, no qual se considera a dinamicidade da sociedade e dos serviços de saúde. Entendemos, portanto, que a reflexão de uma prática profissional e a viabilidade das transformações incitadas pelo novo currículo se constitui no principal desafio para a concretude do mesmo.

Apesar de considerarmos o currículo integrado inovador, concordamos com Almeida e Ferreira Filho (2008) que ele exige dos docentes um grande envolvimento no sentido de efetivar o trabalho em equipe, principalmente no que se refere à necessidade de reuniões

periódicas entre os docentes, revisão dos conteúdos dos módulos temáticos, além da maior interface como os profissionais dos serviços de saúde locais.

De igual maneira, segundo o estudo, "Dificuldades e facilidades vividas pelos docentes no processo de implantação do currículo integrado no curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina" (GODOY; SOUZA, 2001) entre os aspectos que facilitam a mudança de currículo se destacam o número de professores envolvidos no processo, e a união entre os professores do básico com os do profissionalizante, viabilizando a interdisciplinaridade, a correlação entre teoria e prática e a integração dos conteúdos de modo a proporcionar a aprendizagem de forma mais significativa.

Neste âmbito, consideramos que a implementação do currículo integrado no curso de graduação em Enfermagem, é um elemento importante que poderá impactar positivamente na sociedade. A partir disso, esta nova formação possibilita ao discente adquirir competências e assumir a responsabilidade como um cidadão comprometido e capaz de influenciar na transformação da sociedade.

Do mesmo modo, essa formação integral na Enfermagem está orientada ao cuidado eficiente e eficaz à pessoa, à família e à comunidade, pautada em valores, procedimentos técnico-científicos, padrões sociais, humanos e éticos. Portanto, seu cumprimento exige aprender a tomar decisões baseadas em valores que estão imersos nos conceitos de serviços de saúde, compromisso, solidariedade, responsabilização e resolubilidade, permitindo uma atuação transformadora com práticas efetivas e resolutivas, com uma qualidade dos serviços de Enfermagem que venha a se constituir um caminho para a transformação da sociedade e essencialmente dos serviços de saúde.

Diferentemente das demais falas, o Ent. Do2/UEFS descreve que o Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS prepara a enfermeira generalista, tendo como um dos seus objetivos formar um sujeito crítico e reflexivo.

> [...] o Curso de Enfermagem da gente aqui na UEFS, ele é **generalista**, então ele aquele que **forma um sujeito crítico e reflexivo**, mas ele não é nem só muito hospitalar nem muito rede básica, que a gente chama de Saúde Coletiva, as ações mais populares, mas tenta dar todo um contexto geral para que ele tenha vivência, depois ele vai se especializar fora da graduação (Ent. Do2).

Esta fala da Ent. Do2 converge com o Doc- 14 “Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana” (FEIRA DE SANTANA, 2017) ao descrever que a formação da enfermeira generalista busca despertar a consciência crítica da realidade social onde está inserida, levando-a para uma atuação preventiva através de ações de promoção e proteção à saúde, pronto atendimento, limitação da invalidez, cura e reabilitação. Assim sendo, a enfermeira generalista desenvolverá as suas atividades na área assistencial, administração, pesquisa e ensino, as quais poderão contribuir para a organização do modelo assistencial de saúde e, consequentemente, para a melhoria da qualidade de vida da população.

Segundo Santos (2006) o profissional generalista é aquele que tem uma visão mais global e menos específica da Enfermagem, incorporando saberes epidemiológicos, de educação em saúde, de trabalho em grupo e de gestão, de forma a ajudá-lo nas intervenções individual e coletiva. Na formação humanista, a Enfermagem deve congregar a pesquisa, o ensino, a extensão e a assistência, resgatando o respeito pela vida, em especial, humana.

Da mesma forma, o Doc-13 “Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro 2001” (BRASIL, 2001) explicita a necessidade do compromisso com os princípios da Reforma Sanitária, com ênfase no SUS, e definem os princípios básicos para a formação de profissionais críticos, reflexivos, inseridos no contexto histórico-social, pautados em princípios éticos e capazes de intervirem nos problemas/situações da atenção à saúde.

Além disso, Silva, Sousa e Freitas (2011) ressaltam que a formação crítica do profissional pode estimulá-lo a desenvolver atividades com objetividade, preparando-o para decisões competentes, baseadas em atitudes questionadoras. Já a formação reflexiva pode se apresentar por meio da postura ética, não considerando só a normatização de deveres e direitos ou regras de comportamento profissional.

Da mesma forma, para Fortuna (2015), as normatizações, deveres e direitos ou regras de comportamento profissional do curso de Graduação em Enfermagem são claras ao suscitar a formação de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo. Contudo, necessita dotar-se de conhecimento a respeito da atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente, o que permite inferir a necessidade de conhecimentos teóricos básicos que fundamentam uma prática segura.

O Ent. Do6/UEFS comenta de modo diferente, que o Curso de Graduação em Enfermagem capacita ao discente para realizar ações de assistência e gerência nos cuidados e nos serviços da APS.

> O que eu percebo que na **Atenção Primária a Enfermagem, a enfermeira** ela tem uma importância muito grande, né? **Ela vai gerenciar o serviço, né?** A gente fala de **gerenciar o cuidado**, mas ela acaba que para gerenciar esse cuidado ela tem que dar conta de outras instâncias que acaba fugindo do seu escopo de trabalho, vamos dizer assim, né**? Porque ela vai tanto assistir a saúde como gerenciar o serviço de saúde.** Então, **ela é gerente do serviço e ao mesmo tempo gerente da assistência** e aí a gente tem esse grande papel da enfermagem realmente à frente desse serviço. Então a gente tem que, né? **Formar enfermeiro que estejam e que sejam capazes de atuar nesse cenário,** que sejam capazes de atuar nesse serviço para garantir uma assistência de qualidade (Ent. Do6).

A fala do Ent. Do6 evidencia que o Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS no contexto da APS/ABS, tem uma abordagem integral, considerando ao âmbito da assistência e a gerência na formação dos discentes, capacitando-os para realizar ações nos serviços da Atenção Básica, formando enfermeiras capazes de atuar nesse cenário, e garantir uma assistência de qualidade.

Para Oliveira e Reckziegel (2017), a assistência e gerenciamento de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde demanda um profissional crítico que também tenha uma competência técnica e também dê conta da dimensão política do trabalho no setor da saúde, e que além das questões biológicas e individuais, busque compreender e assistir a comunidade em suas dimensões sociais, econômicas, culturais, familiares, afetivas e ‘verdadeiramente’ humanas, com intuito de desenvolver um serviço que atenda às necessidades de saúde e contribua efetivamente para que a assistência de Enfermagem se torne um modelo de produção de serviço capaz de garantir qualidade para toda a população.

Diante disso, Thumé e outros (2018) comentam que o suporte filosófico oferecido pela APS aos sistemas de saúde para organizarem seus serviços é flexível e se ajusta à mudança acelerada da natureza dos problemas de saúde, uma realidade cada vez mais frequente, o que impõe desafios tanto para a prestação de serviços como para a gestão do cuidado em saúde, especificamente de Enfermagem, que necessita ser cada vez mais integrado e abrangente. Para tanto, compreendemos que é fundamental o fortalecimento de Sistemas Nacionais de Saúde baseados na APS, os quais dependem de radicais mudanças na formação dos profissionais de saúde.

Para Thumé e outros (2018) a implementação das mudanças curriculares pode fortalecer o desenvolvimento de boas práticas profissionais, se alcançadas, no direcionamento à uma formação profissional mais abrangente e com foco nos cuidados primários.

Entretanto, o Ent. Do3/UEFS diferentemente das demais falas aqui colocadas, expressa que o Curso de Graduação em Enfermagem valoriza a Atenção Básica, apesar da "grande influência" da visão hospitalocêntrica, mas pode-se observar nas experiências de outros cursos de Enfermagem, que ainda existe uma supervalorização da atenção hospitalar.

> Olha, pelo menos a nossa experiência aqui na UEFS é de **valorização da Atenção Básica**, não que os outros níveis, não que os outros componentes da rede de atenção não sejam importantes mas a **gente sabe que nós temos uma grande influência da perspectiva hospitalocêntrica** então quando a gente vai **comparar a experiência e vivências de outros cursos a gente percebe uma supervalorização da rede hospitalar, da atenção hospitalar**, mas aqui a gente percebe sim que existe a valorização exata, necessária da atenção básica (Ent. Do3).

Outrossim, o Ent.Do21/UPTC destaca que o curso de graduação em Enfermagem da UPTC estar orientado para um trabalho comunitário, daí tornar-se diferenciado.

> [...] eh, **el currículo, eh, siempre ha propendido por el trabajo comunitario ¿Si? por el trabajo con las familias, con las personas**, **con las comunidades**, **por tanto nos diferenciamos, de otros, eh, de otras, eh, Escuelas o Programas en donde uno ve que son más, eh, clínicos,** más del hacer, más del trabajo del nivel, eh, de las instituciones de salud y clínicas entonces pues en ese sentido creo que, que **siempre, eh, se ha permeado el currículo con la Atención Primaria en Salud o Salud Comunitaria o Salud Colectiva** (Ent. Do21).

No Brasil, o sistema de saúde até o final da década de 1980, tinha uma lógica excludente, centralizada e sem resolutividade dos problemas de saúde da população. Com a criação do SUS, Silva, Oliveira e Sampaio (2011) e Machado e outros (2007), destacam que com a conquista dos movimentos sociais e sanitários brasileiros, emergiu o propósito de transformar o modelo de atenção à saúde, hospitalocêntrico, em um modelo integral, que excede o arcabouço organizacional hierarquizado e regionalizado da assistência à saúde e se prolonga pela atenção qualificada de modo individual e coletivo.

Para Brito (2014), o SUS configura-se como um sistema em contraposição ao sistema que era caracterizado como hospitalocêntrico e biologicista, buscando centrar-se na saúde e

qualidade de vida dos indivíduos e coletividade. Para isso, tornava-se necessário um redirecionamento na prática profissional, em que pessoas deixassem de ser vistas como objetos do cuidado para um cuidado humanizado e interacionista, além de buscar compreender as entrelinhas que permeiam o processo saúde-doença-cuidado.

Por conseguinte, com o objetivo de provocar transformações na formação dos profissionais de saúde para atender às orientações das DCN, o Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde, vêm construindo políticas públicas, proporcionando, por meio de programas/projetos, oportunidades para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar e aproximando a graduação do contexto da ABS (LIMA; ROZENDO, 2015). Essas iniciativas instituídas, segundo Sobral (2018), contribuem para a transformação tanto das práticas educacionais quanto da formação dos profissionais de saúde, uma vez que muitos cursos de graduação em saúde podem estar priorizando o ensino-aprendizagem em uma lógica hospitalocêntrica.

Todavia, o estudo, "Formação para atuar na Atenção Básica": percepção de discentes de Enfermagem Maceió (SOBRAL, 2018) evidencia que embora a formação dos discentes apresente avanços em relação à preparação para atuar na AB, ainda persistem traços da lógica hospitalocêntrica, sendo necessário (re) pensar o PPP, visando promover experiências de ensino-aprendizagem com múltiplas vivências na AB de modo a garantir a formação necessária para atuar nesse nível de atenção.

Não obstante, segundo, Ribeiro e Andrade (2004) nos últimos anos, a Enfermagem tem buscado construir um saber e uma prática diferente daquela tradicionalmente exercida nas instituições (hospital). Isso vem ocorrendo em razão do 'protagonismo' que a enfermeira vem desenvolvendo dentro do processo de construção das políticas de saúde.

6 *SABERES E PRÁTICAS NO CONTEXTO DA APS/ABS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NAS IES PÚBLICAS:* do imaginário à realidade



Neste item analisamos o processo de construção de saberes e práticas no contexto da APS/ABS dos Cursos de Graduação em Enfermagem da UEFS/ (Brasil) e da UPTC/ (Colômbia), a partir da sua estruturação, considerando-se as Diretrizes Curriculares Nacionais, a organização dos componentes curriculares, e as práticas de saúde e pedagógicas realizadas in *loco* inerentes à APS/ABS.

> Segundo Ribeiro e Andrade (2004) o desenvolvimento da Enfermagem ao longo dos anos tem demonstrado uma trajetória de luta na construção do conhecimento enquanto processo dinâmico e está determinada historicamente, uma determinação que se evidencia em seu pensar (saber) e em seu fazer (prática).
>
> Nesta perspectiva, para os referidos autores, essa construção do conhecimento enquanto processo dinâmico poderá refletir nas transformações inerentes ao momento por que passa a Enfermagem. Transformações que evidenciam a contínua geração de conhecimentos e isso, em consequência, gerarão desafios para a prática profissional da enfermeira, uma vez que impõe novas exigências.
>
> Diante disso, Kalinowski (2004) comenta que na saúde, e especificamente na Enfermagem, a formação e a atuação profissional organizam-se com base em dois polos distintos, cujos objetos, saberes e práticas de intervenção também são distintos: o modelo clínico, voltado para a recuperação do doente, e o modelo epidemiológico, voltado para a apreensão coletiva do processo saúde-doença.
>
> Essa autora ainda complementa que as enfermeiras atuantes na Atenção Básica necessitam desenvolver práticas que influenciem nos determinantes sociais do processo saúde doença e encontrar coletivamente estratégias que possibilitem intervir na realidade social dos indivíduos, grupos, famílias e comunidade.

Mas, no contexto brasileiro, para Silva e outros (2010), essa realidade por sua vez, vem requerer das instituições formadoras, a implementação de ações de mudanças buscando a reorientação do processo de formação voltado para o desenvolvimento de competências e habilidades, para o exercício de práticas e saberes para dar respostas aos princípios propostos pela Reforma Sanitária e do SUS.

Nesse mesmo caminho, Ortega e outros (2015) referem que a realidade da Colômbia, de acordo com o contexto, a formação do profissional de Enfermagem

precisa direcionar seus esforços para uma formação humanizada, um cuidado holístico que abrange a saúde no contexto local e nacional, mas também planetário. Portanto, é evidente que a tendência na formação, mudou nas últimas décadas, no sentir que os "novos" profissionais em Enfermagem precisam ter mais conhecimento em certos campos de trabalho, atendendo a uma demanda social e de saúde da população.

Assim imaginamos que nos espaços de trabalho das Universidades e dos serviços de saúde há um direcionamento de saberes/conhecimentos que norteiam as práticas e as relações, que para Pereira e Tavares (2010) se conjugam, modificam-se e produzem-se mutuamente.

Quando nos referimos ao ensino superior, levamos em consideração a ponderação de Garcia (2009) ao afirmar que é importante a discussão dos limites do estágio curricular cujo objetivo não é identificar as dificuldades dos contextos de trabalho na Atenção Básica para a formação, e sim contribuir para a discussão conjunta entre serviço de saúde e Universidade sobre a potencialidade formativa dos serviços de saúde e os saberes e práticas acerca da formação em saúde, em busca de caminhos para a transformação desses processos.

Outro aspecto a considerar nas transformações do processo de formação é considerado por Damasceno e Silva (2018) a necessidade do SUS discutir a formação dos profissionais que atuam na APS, bem como propor estratégias para aumentar a competência cultural desses profissionais, independente do seu nível de escolaridade, já que a falta da preparação pode ainda ser agravada por conflitos interculturais, em virtude da estratificação social, discriminação e estigmatização.

Ao nos reportarmos sobre a construção de saberes e práticas no Curso de Graduação em Enfermagem as falas do Ent. Do12/UEFS, Ent. Do2/UEFS e Ent. Do29/UPTC são convergentes sobre a abordagem da concepção da Atenção Primária à Saúde nos componentes curriculares, a valorização das culturas locais das comunidades assistidas com o resgate das práticas populares de cuidados respeitando os valores, as crenças, a cultura e a linguagem das comunidades.

> [...]eu acho que **a gente consegue sair com uma base importante pra atuação na Atenção Primária em Saúde**. Então consegue abarcar os programas que a gente utiliza, a gente tem uma disciplina de Saúde Coletiva, a gente tem a disciplina que depois eles vão se introduzindo com os programas aos poucos, então como pré-natal, imunização, com

> crescimento e desenvolvimento, com a parte de ginecologia preventiva, na realidade as disciplinas vão construindo em determinados momentos é saberes para que eles possam chegar e atuar na Atenção Primária em Saúde (Ent. Do12).

> Eu percebo que aqui na... no Curso de Enfermagem como todo e no nosso componente que ele não está diferente, **a gente faz uma boa interligação entre o que é preconizado nas políticas de saúde, e o que a gente tem na valorização da cultura local**, **então assim, a gente procura valorizar as práticas populares, as crenças e também tenta intervir sobre elas em algumas circunstâncias** por exemplo, vacinação do idoso na época da vacinação contra gripe [...] (Ent. Do2).

> [...] hubo **dos esquemas desde los cuales se empezó a trabajar en Atención Primaria, uno,** que es, eh, digamos externo que fue una misión de la ONU, de la OMS y de la OPS, entonces eso nos llegó de fuera y digamos que fuimos adaptando y adoptando ese lenguaje y esa visión, sin embargo, **la Atención Primaria también ayuda a rescatar saberes y prácticas que van más de la mano de, de ,de lo que emerge de las comunidades, es decir, el respeto por el saber popular, el respeto por, eh, las prácticas en salud de las comunidades y las realidades territoriales de cada uno de estos sujetos de cuidado**, entonces digamos que en esa medida, eh, se ha empezado a hacer una construcción desde lo local (Ent. Do29).

Do mesmo modo, o Ent. G13/UEFS comenta que o Curso de Graduação em Enfermagem desde o início, tem prioridade na Atenção Primaria à Saúde e o discente aproxima-se desse saber no primeiro semestre com o componente curricular de Saúde Coletiva.

> O Curso de Enfermagem tem essa **prioridade centrada na Atenção Primaria, desde o início do curso** o aluno já se aproxima desse saber nas disciplinas de Saúde Coletiva no primeiro semestre (Ent. G13).

Em complementariedade a tais falas o Ent. IF.18/UEFS ressalta que a construção de saberes e práticas na APS/ABS está consolidada mediante a produção do cuidado, a produção científica, os projetos de pesquisa e de extensão que tem inserção no âmbito da AB.

> **A nossa percepção é de algo já consolidado [APS/ABS]; eu acho que a produção do cuidado, a produção cientifica quando a gente faz um levantamento dos projetos de pesquisa e de extensão, todos têm inserção nessa produção desse cuidado,** o curso nós temos 11 núcleo de pesquisa e em todos esses núcleos **é nessa perspectiva de construção de saberes e práticas, todos tem inserção na Atenção Básica**, então o estudante e professores, eles estão inseridos na produção dos cuidados, nas pesquisas e em seus desdobramentos enquanto pesquisa no âmbito da atenção básica (Ent. IF.18).

De acordo com o Ent. Do12/UEFS, Ent. Do2/UEFS, Ent. Do29/UPTC, Ent. G13/UEFS e o Ent. IF.18/UEFS, a construção de saberes e práticas do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, está estruturada, consolidada e direcionada conforme aos princípios conceituais da Atenção Primária à Saúde, sendo sistematizada mediante os componentes curriculares do Curso, nos que são inseridos os discentes desde os primeiros semestres. Ademais, podemos ver que esta construção vem gradativamente acontecendo (apesar de esforços ainda necessários) a partir do intercâmbio de saberes populares em saúde nas comunidades e a desconstrução hegemônica do modelo de saúde de cuidado das pessoas apenas voltado à doença.

Além disso, a construção de saberes e práticas no contexto da APS/ABS apresentam uma apropriada articulação entre o que é preconizado nas políticas de saúde, e as atividades desenvolvidas na AB. Neste sentido, o Curso de graduação em Enfermagem da UEFS proporciona ao discente desde seu início, conteúdos relacionados à APS com uma visão geral, compreendendo qual o seu protagonismo, ou atuação neste contexto, a partir dos saberes que são construídos durante toda a graduação e consolidados mediante a produção do cuidado e a produção cientifica.

Contudo, essa construção dos saberes e práticas muitas vezes é direcionada à desconstrução de culturas de formação das pessoas relacionada com o cuidado, e neste sentido, segundo Damasceno e Silva (2018), o pensar e o agir no processo saúde e doença estão relacionados com as experiências e vivências do indivíduo, família e profissional da saúde. Assim, tanto os modos de entender saúde como as práticas adotadas variam de indivíduo para indivíduo.

Nesta lógica, de acordo com Fertonani (2003) e Silva (2000), os significados do adoecer e a percepção da doença para as pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde são frequentemente pouco considerados, compreendidos e apreendidos pelos profissionais de saúde que atuam nesse campo de atenção. Particularmente, citamos como exemplo as orientações e ações educativas que são realizadas, considerando apenas as crenças dos profissionais, o que nem sempre está em consonância com o universo sociocultural do usuário.

Todavia, na área de formação, o estudo de Like, Steiner e Rubel (1996) já deixa explícito que o desenvolvimento da competência cultural pretende melhorar a

sensibilidade dos profissionais de saúde sem perder de vista as crenças culturais, as práticas, e as expectativas e origens de seus pacientes e suas comunidades. Contudo, é necessário que levemos em consideração, além de respeitarmos a tomada de decisões da família relacionadas ao seu processo saúde- doença, ou seja, a preferência que têm algumas usuárias mulheres a respeito às questões relacionadas à ginecologia e ou pré-natal em desejarem ser examinadas somente por um profissional de saúde do sexo feminino.

Em conformidade com Damasceno e Silva (2018), na APS a competência cultural juntamente com a orientação centrada na família e a orientação comunitária são consideradas atributos derivados que qualificam suas ações por garantirem um alto nível de alcance das qualidades exclusivas e fundamentais da APS.

A seguir, apresentamos os dispositivos que caracterizam os Cursos de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana e Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Estrutura dos Componentes Curriculares ou Disciplinas

Quanto à estrutura dos componentes curriculares/ disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, o Ent. Do3/UEFS e o Ent. Do11/UEFS convergem no que diz respeito à construção da primeira estrutura curricular do Curso, aquela focada na Saúde Pública e posteriormente, no decorrer das últimas três décadas das transformações do sistema educacional e do sistema de saúde conseguiu reorientar seus componentes curriculares e estabelecer um curriculum integrado.

> De proposta de curso, ele trazia nitidamente uma valorização, eu fui dessa[...]desse primeiro currículo, **dessa primeira estrutura curricular, e aí eu lembro que nós tínhamos a Saúde Pública no quarto semestre,** onde nós tínhamos acesso a uma rede, não tinha ainda rede estruturada como temos hoje, mas **nós íamos para Unidades Básicas de Saúde [naquele momento denominadas de postos de saúde, centro de saúde]** e ali a gente tinha o programa nacional de imunização mesmo incipiente, mas nós tínhamos tudo isso (Ent. Do3).

> Um avanço intermediário que eu acredito né **até se chegar a esse currículo integrado porque não é fácil (riso) você é conseguir num curso que tradicionalmente ele foi estruturado de forma disciplinar de repente passar pra uma abordagem mais é integrada integradora** (Ent. Do11).

Porém, a fala do Ent. G13/UEFS é diferente das falas dos Ent. Do3/UFFS e o Ent. Do11/UEFS ao declarar que a interdisciplinaridade entre os componentes curriculares é considerada como uma necessidade para avançar à integração. Não obstante, essa integração é muito difícil, pelas características de cada componente curricular.

> **Essa interdisciplinaridade entre componentes curriculares como necessidade de avançar**, que permeia muito as respostar que eu dei antes, de integração. **Eu acho que isso é muito difícil de ser realizado por que cada componente curricular é realizado em sua carga horária e essa carga horária é construída com os conteúdos a serem abordados, a ementa, os objetivos, as habilidades a serem desenvolvidas e o conteúdo a ser abordado**. Então às vezes eu sinto falta que esse professor de um outro componente curricular visite o nosso componente, mas vejo essa dificuldade (Ent. G13).

As falas aqui narradas sobre a estrutura dos componentes curriculares do Curso de graduação em Enfermagem deixam explícitas que a experiência dos Ent. Do3/UEFS e Ent. Do11/UEFS no contexto da APS/ABS sofreu uma restruturação para uma abordagem sobre a evolução do processo saúde-doença na perspectiva histórica, social e política e a construção do conceito da Atenção Primaria à Saúde. Além disso, conseguiu agregar e reorientar conteúdo da APS/ABS nos componentes curriculares, logrando assim, um avanço intermediário na diminuição da abordagem fragmentada e dissociada, para uma abordagem integradora.

Outrossim, o Ent. G13/UEFS considera que essa abordagem integradora ainda é muito difícil de alcançar pela complexidade da estrutura dos componentes curriculares, representada pela carga horária, os conteúdos a serem abordados, a ementa, os objetivos e as habilidades a serem desenvolvidas.

O Doc-2, “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” (OPAS/OMS, 2007), faz referência que a Atenção Básica requer a formação de profissionais participativos na construção coletiva de propostas e projetos interinstitucionais e intersetoriais que contribuam para a saúde da criança, do jovem, do idoso, da mulher e do homem, na localidade e no campo.

Em concordância com essa proposta, o Doc-13, “Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001” (BRASIL, 2001) no seu Artigo 9 explicita que o Curso de Graduação em Enfermagem necessita incluir um Projeto Pedagógico, construído coletivamente, centrado

no discente como sujeito da aprendizagem e apoiado no docente como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Um Projeto Pedagógico que objetiva buscar a **formação integral** (destaque nosso) e adequada do discente a partir de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Segundo esse Doc-13, os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem necessitam estar relacionados com todo o processo saúde doença do cidadão, da família e da comunidade integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Enfermagem. Ademais, a formação da enfermeira precisa atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Nesta lógica, no seu Artigo 2°, são definidos princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiras que possibilitaram a construção desse Projeto Pedagógico do Curso, sendo que também subsidiarão seu desenvolvimento e avaliação.

A partir disso, no Doc-14, “Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana” (FEIRA DE SANTANA, 2017), consta que ele se fundamenta na compreensão de que a Enfermagem é uma prática social, inserida no processo coletivo do trabalho institucional da saúde, no processo de cuidar e educar para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população.

Neste cenário, a estrutura curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS apóia-se nestas áreas temáticas, cujos conteúdos foram assim distribuídos:

I Bases Biológicas e Sociais de Enfermagem- conteúdos individuais das Ciências Biológicas das Ciências Humanas, obrigatoriamente.

II Fundamentos de Enfermagem- conteúdos técnicos e metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho da enfermeira e da Enfermagem em nível individual e coletivo (em hospitais, rede básica de serviços de saúde).

III Assistência de Enfermagem- conteúdos teóricos e práticos que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, à mulher, à família, e ao adulto e ao idoso, considerando o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do País, Região Estado.

IV Administração em Enfermagem- conteúdos teóricos e práticos de administração do processo de trabalho de Enfermagem, priorizando hospitais gerais, e especializados de médio porte, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde.

No contexto colombiano, o Doc-7, "Lineamientos para la Formación en Promoción de la Salud en las Facultades de Enfermería" (COLOMBIA, 2014), refere que a construção das diretrizes para desenvolver a promoção da saúde, contempla um referencial teórico a partir do conceito de saúde no marco dos processos de determinações sociais; relaciona os regulamentos e pronunciamentos internacionais e nacionais com as políticas de Saúde Pública; considera a saúde comunitária, a Estratégia de Atenção Primaria à Saúde Renovada, abordagem de gênero, teoria de Enfermagem e a linguagem padronizada. Além disso, torna a Saúde Pública visível como o eixo que contém os aspectos essenciais nas diretrizes, para que as Faculdades e Cursos de Graduação em Enfermagem fortaleçam e desenvolvam o componente de promoção da saúde nos currículos.

Esse mesmo Doc-7 menciona que ao se considerar esses aspectos na formação em Enfermagem, permite-nos inferir que o Projeto Ético-Político possibilita a produção de conhecimentos e práticas sociais que vão além da reprodução de práticas hegemônicas no campo da saúde. Assim, é um verdadeiro processo de mudança na formação, visto que o modelo biomédico vigente leva às organizações, e entre elas, a Enfermagem a nortear a formação dos profissionais, evidenciado nos currículos e no desequilíbrio entre a clínica e a comunidade.

Com referência ao Doc-15, "Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia" (TUNJA, 2010-2019) o Projeto representa uma carta de navegação que orienta e direciona a razão do ser e do fazer do Curso de Graduação em Enfermagem a partir da mudança curricular e do processo de auto avaliação. Portanto, considera a enfermeira como uma profissional competente nas áreas humanística, científica e técnica, com princípios e valores éticos para cuidar e promover o cuidado e o autocuidado das pessoas, famílias e comunidade.

Esse mesmo Doc- 15 ressalta que o Curso de Graduação em Enfermagem define dentro da sua estrutura e organização dos conteúdos curriculares, três áreas de conhecimento:

Área geral: consta das disciplinas das três áreas de formação cujo conteúdo é basicamente teórico com atividades didáticas que incluem observação e outras dinâmicas para o logro de competências:

- Cátedra Universidade e Entorno
- Competências comunicativas
- Socio humanística I
- Ética e Política
- Socio humanística II

Área Interdisciplinar: compreende as disciplinas teóricas da área interdisciplinar, considerando os laboratórios permanentes para alcançar os objetivos e competências:

- Microbiología e Parasitología
- Morfofisiología II
- Farmacología I
- Patología
- Microbiología e Química Clínica
- Farmacología II
- Epidemiología e Demografía
- Eletiva Interdisciplinar I
- Eletiva interdisciplinar II
- Seminário de Investigação Quantitativa
- Seminario de Investigação Qualitativa
- Semiología

Área Disciplinar e Aprofundamento: abarca as disciplinas da área disciplinar e de aprofundamento; são núcleos temáticos com atividades práticas permanentes nos laboratórios de simulação, campos clínicos e comunitários:

- História e Desenvolvimento de Enfermagem
- Educação para a saúde
- Fundamentos de Enfermagem
- Enfermagem da Mulher e Recém-Nascido
- Saúde Familiar
- Bioética

- Gestão em Saúde
- Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria
- Enfermagem da Criança
- Saúde-Trabalho
- Gestão de Serviços de Enfermagem
- Gestão em Programas
- Enfermagem do Adulto (Idoso)
- Enfermagem Adulto I
- Enfermagem Adulto II
- Enfermagem Adolescente
- Enfermagem em Saúde Pública
- Eletiva de Aprofundamento
- Internato em Enfermagem

Entretanto, diferentemente dos Ent. Do3/UEFS e Ent. Do9/UEFS, o Ent. Do11/UEFS, afirma que ainda os componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, precisam uma maior sustentação e ênfase à APS e reestruturação do currículo.

> [...] tem que pensar que a uma preocupação em **reestruturar o currículo mas antecede essa preocupação da mudança do currículo a própria qualificação dos professores** ... **dos docentes porque é muitas vezes você desconstrói saberes e práticas e se se se o professor também não tiver acompanhando esse processo de desconstrução reconstrução** [...] **as coisas não acontecem** já pra dar esse arcabouço assim de um componente que integra várias áreas por exemplo, são professores que tem perfil diferenciado diferente daqueles que não buscaram essa qualificação ... e que aí **mantêm suas práticas cristalizadas em metodologias tradicionais e que muitas vezes não contribuem muito para esse processo informativo** (Ent. Do11).

A fala do Ent. Do9/UEFS reforça que o PPP do curso de Graduação em Enfermagem da UEFS acompanhou a reforma do sistema de saúde brasileiro, na perspectiva do SUS.

> [...] veja só, o **Curso de Enfermagem**, ele recentemente, esse recentemente eu não sei precisar quantos anos tem mais tem um tempo razoável, que **o seu Projeto Pedagógico, ele foi modificado na perspectiva tanto do SUS e dentro do SUS na perspectiva da promoção, incluindo aí a Atenção Primária como elemento fundamental** (Ent. Do9).

Já o Ent. IF18/UEFS comenta sobre a primeira mudança curricular do curso de graduação em Enfermagem da UEFS após uma década da sua implantação, precisamente em 1988, com uma ampliação dos conteúdos teóricos e cenários de práticas dos componentes curriculares no contexto da APS/ABS.

> **Tivemos muitas, a primeira mudança curricular ela veio de 1988** e aí nós tivemos, eu entendo que uma **ampliação e maior visibilidade dos cenários de Atenção Básica.** Lembro-me que com a primeira estruturação, **saúde da mulher, saúde da criança e do adulto esses conteúdos começaram a ter mais visibilidade** [...] e aí **Saúde Coletiva fica uma segunda mudança curricular ela vem para o 1º semestre**, tem um enfoque também no 6º semestre **e depois na disciplina de Gerência e depois no Estágio Supervisionado que aqui a gente tem, estágio supervisionado são 900 horas, aí temos 450h somente na Atenção Básica** (Ent. IF18).

Apesar da fala da Ent. IF18 ressaltar a valorização e visibilidade da ABS nos diversos componentes curriculares do referido curso, a fala da Ent. Do11/UEFS deixa-nos inquietações a respeito "dessas mudanças".

O Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem/UEFS atualmente se encontra num processo de "reformulação, modificação, modernização e atualização", tendo como propostas as mudanças curriculares, o desenvolvimento de metodologias ativas sobre os saberes e práticas de saúde e enfermagem, os novos instrumentos de avaliação, a utilização de tecnologia e a ampliação do laboratório de Enfermagem.

> Nós temos o **projeto político pedagógico do curso**. Foi elaborado pela professora [coordenadora do Colegiado de Enfermagem], **e nós estamos trabalhando numa perspectiva de reformulação e de modificação, modernização e atualização**. **Umas das situações é trabalhar com metodologias ativas**, nós precisamos colocar isso, colocar **resgatando o conhecimento pedagógico** por que nós enquanto enfermeiras não somos pedagogos, e nós precisamos dessa interface na jornada pedagógica, uma avaliação revendo **os novos instrumentos de avaliação,** para ver até que ponto os nossos instrumentos de avaliação são fidedignos[...] **a utilização de tecnologia no Curso de Enfermagem** pra poder alavancar e avançar mais. **Proposta de ampliação do laboratório de enfermagem** e essa ampliação vem com esse laboratório de simulação realística (Ent. G13).

Uma fala do Ent. IF36 da UPTC também comenta sobre a mudança curricular do Curso de Graduação em Enfermagem realizada a partir do processo de auto avaliação, as diretrizes da Associação Colombiana de Faculdades de Enfermagem, o Conselho

Internacional da Enfermagem e as capacitações do Ministério de Educação, para reorientar o enfoque da formação do profissional da Enfermagem clínico para o comunitário.

> Esos procesos se realizaron mediante **la autoevaluación inicialmente y luego en grupos de trabajo de estudiantes,** de estudiantes **y profesores y también siguiendo los lineamientos que nos daba la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería – ACOFAEN**, se daban los lineamientos, ACOFAEN lo, lo recibía el control técnico del **Consejo Internacional de Enfermería y también en todas las reuniones que se daban en el control técnico del Ministerio de Salud**, dependía todo, toda una capacitación, además **los profesores y estudiantes asistían a las capacitaciones** que daba el Ministerio de Salud a través de la Secretaría de Salud de Boyacá, bueno, **con esos conocimientos ya entonces ensamblaron las asignaturas**, eh, elaboraron, **elaboraron los contenidos, las metodologías y sobre todo teniendo en cuenta el perfil que queríamos lograr, primero que todo nosotros dijimos, no vamos a formar enfermas clínicas sino formar el área comunitaria**[...] (Ent. IF36).

Mesmo com as diversas mudanças curriculares do curso de Graduação em Enfermagem da UEFS, os Ent. Do9 e Ent. Do11 da UEFS expressam a necessidade de direcionar mais enfaticamente o seu Projeto Político Pedagógico no contexto da APS/ABS mediante a reformulação dos componentes curriculares que venham dar uma sustentação efetiva às ações de promoção de saúde.

Tais falas a respeito da reestruturação do currículo deixam transparecer que existe uma preocupação com a qualificação dos docentes que desenvolvem os conteúdos teóricos e práticos dos componentes curriculares no contexto da APS/ABS com a concretude dos seus saberes e práticas e a incorporação das metodologias ativas, concebidas por Gaeta e Masetto (2010) como aquelas que incentivam e dão apoio aos processos de aprender. Ou seja, compreendemos que são construídas e realizadas em parceria docente-discente e ampliadas com grupos da comunidade dos serviços de saúde com o objetivo de provocar e estimular a participação, a postura ativa e crítica frente à aprendizagem.

Porém, no cenário acadêmico, Magnago (2017) faz referência às dificuldades encontradas no seu estudo sobre o processo ensino-aprendizagem como a resistência docente em implementar metodologias ativas justificada com a idade, já que, quanto mais "velho" o docente, maior é a resistência em aderirem a novas práticas'. Mas, relativizando esta afirmação, ousamos até a dizer que o 'medo' ao 'novo', às mudanças, também pode interferir, independentemente da idade, assim como a 'cristalização' de métodos pedagógicos assumidos como "verdade absoluta".

Por conseguinte, entendemos que essas metodologias precisam sensibilizar não só docentes e discentes, mas também trabalhadores de saúde e grupos da população usuária dos serviços da AB, levando-os ao afastamento de uma cultura de práticas cristalizadas e metodologias tradicionais, que não contribuem para o processo formativo do discente e empoderamento da comunidade.

Contudo, os Ent. IF18/UEFS, G13/UEFS e IF36/UPTC (apesar de grupos diferentes) consideram que as mudanças curriculares acontecidas no Curso de Graduação em Enfermagem, fundamentam uma ampliação dos conteúdos teóricos e práticos dos componentes curriculares no contexto da APS/ABS, e ainda os PPP se encontra em processo de reestruturação com a finalidade de atender as necessidades do processo ensino-aprendizagem e permitir a preparação de profissionais de enfermagem generalistas/integrais.

Portanto, a reestruturação com a finalidade de atender as necessidades do processo ensino-aprendizagem e permitir a preparação de enfermeiras, os docentes além da competência dos seus conhecimentos profissionais têm uma responsabilização para com o processo.

Concordamos com Schmidt e Brown (2015) que esses docentes têm um compromisso em fomentar e conduzir as vivências práticas da formação para a sensibilização dos discentes acerca da determinação do processo saúde-doença. Ademais, o reflexo desse movimento poderá incidir sobre profissionais atuantes diante das necessidades de saúde da população.

Acreditamos que o trabalho docente pode ter uma relevância na viabilização dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem e, por conseguinte, na formação de sujeitos com visão ampliada de saúde, ativos e comprometidos com a transformação da realidade, tal como preconiza o SUS, até porque, para Magnago (2017), é o corpo docente que possibilita pôr em prática o que propõe o PPP, pois dele depende a utilização de métodos pedagógicos eficazes para a apresentação dos conteúdos curriculares, que poderão dar sustentação ao desenvolvimento das competências e habilidades necessárias à enfermeira, determinando, assim, o seu perfil.

Quando se trata de formação docente, Cunha (2006) argumenta que estes absorveram concepções e experiências epistemológicas e didáticas, por meio das quais organizaram seus esquemas cognitivos que dão suporte à sua atuação docente. E, é nesse contexto que Mesquita e outros (2016) referem às prováveis dificuldades encontradas pelos docentes por não

compreenderem e implementarem os novos modelos pedagógicos. Portanto, intervir nesse processo de naturalização profissional exige, então, um trabalho sistematizado de reflexão, baseada na desconstrução da experiência.

Além do mais, segundo Magnago (2017), é importante considerar que, frente a uma nova concepção de ensino, torna-se imprescindível contar com recursos em quantidade e qualidade necessárias à viabilização de uma proposta que objetiva romper com o modelo histórico de formação fragmentada. Reforça ainda que mudanças curriculares que envolvem novas propostas de pensar a saúde e de novos modelos pedagógicos que deem conta do desenvolvimento de competências, exigem muito mais que vontade e disposição dos docentes.

Por isso, a presença de docentes expertises na área de Saúde Pública é considerada como um aspecto relevante no processo de ensino aprendizagem durante a graduação (FERNANDES; VAZ, 1999). A esse respeito entendemos que no processo ensino-aprendizagem, docentes e discentes precisam, mutuamente, assumir o compromisso e a responsabilidade da construção do conhecimento para a formação de profissionais de Enfermagem competentes para cuidar de pessoas, e gerenciar esse cuidado e serviços de saúde.

Entretanto, há uma fala contraditória do Ent. Do7/UEFS ao se referir que nos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, são desenvolvidas e avaliadas atividades técnicas e assistenciais específicas, desconsiderando as ações gerenciais e de educação em saúde que devem ser transversais.

> E eles mesmos falam assim pra mim, agora eu entendo; **agora eu percebo**, porque antes ele entra numa unidade pra fazer prática de pré-natal, então ele tá sendo avaliado somente em pré-natal na técnica e a assistência, sendo **que existe todo um gerenciar por traz que deve ser feito**, educação em saúde, enfim, uma unidade está funcionando para que aquela técnica aconteça, não só a técnica em si; aí muitas vezes as disciplinas acabam não, não sei enfim também porque, mostrando isso ao aluno, fazendo com que ele entenda dessa forma, o todo, ele entende as partes, e só consegue montar o quebra cabeça quando já está saindo da universidade, mas ainda bem que conseguem (Ent. Do7).

Considerando-se a fala do Ent. Do7/UEFS, na área da Enfermagem as atividades gerenciais foram historicamente inseridas na formação da enfermeira. Assim, sempre existiu no processo uma preparação para assumir e executar ações de organização, coordenação e viabilização das atividades das unidades de saúde.

Ademais, destacamos uma fala crítica do Ent. Do9/UEFS complementar da fala anterior, a respeito da exigência de um "cabedal" conhecimentos dos sujeitos (docentes e discentes) do Curso de Graduação em Enfermagem para atender a média e alta complexidade, focado no modelo hegemônico da saúde (cura e tratamento de doenças) na contramão da APS/ABS para desenvolver as atividades nos cenários de práticas.

> **O curso ele vai exigir que você tenha um cabedal dentro dos marcos curriculares**, **que dê uma convergência lá para a média e alta complexidade. Termina que ele é levado a fazer aquilo que o modelo hegemônico coloca,** que é aquilo que não deve ser pensado de maneira diferente, como alguns autores discutem a questão da clínica ampliada, **portanto você vai trabalhar na perspectiva da média e alta complexidade**, **mas, seria necessário, a ênfase ser maior na promoção, que entraria na questão da Atenção Primária** (Ent. Do9).

O estudo "Processo de Trabalho da Enfermeira" (LEAL; MELO 2021) publicado sob a forma de livro, oriundo de tese de doutorado, explora as características do processo de trabalho da enfermeira no Brasil e no mundo, e ao discutir a natureza do trabalho da enfermeira, seja na área da APS/ABS, seja na área hospitalar, traduz sua indissociabilidade assistencial-gerencial.

Todavia, na realidade, as autoras compreendem que o componente gerencial é "ocultado", negando-o. Inclusive, no Brasil, ele tem uma conotação pejorativa de "atividades burocráticas", utilizada pelo senso comum e não no sentido aplicado no campo teórico da administração (p.87).

No Doc. 13, "Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001" (BRASIL, 2001), há referência que os profissionais da Enfermagem 'devem' estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que 'devem' estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

De acordo com Meira e Kurcgant (2016) o processo de trabalho das enfermeiras se constitui principalmente pela atividade gerencial ou administrativa. Porém, as ações precisam assegurar uma assistência de qualidade e os cursos de graduação em Enfermagem necessitam enfocar, durante o processo formativo, que a enfermeira avalie as necessidades do serviço e do usuário para que possa, assim, organizar o seu trabalho.

Diante disso, segundo Barbosa e Melo (2008), a enfermeira é a uma profissional que no dia a dia do seu processo de trabalho, coordena e gerencia todo o processo de assistência a ser desenvolvido com o sujeito individual/ coletivo e tudo o que a envolve no contexto das instituições de saúde, com comprometimento, garantindo qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do usuário, seus familiares e demais grupos populacionais.

Mediante tal perspectiva, Oliveira e Reckziegel (2016) afirmam que a realidade construída a respeito da formação das enfermeiras historicamente há três décadas contempla disciplinas que abordam noções de gerenciamento na Atenção Básica com o objetivo de preparar e direcionar os profissionais para desempenhar as atribuições gerenciais concomitantes à realização do cuidado.

A este respeito, no estudo, "Formação para atuar na Atenção Básica: percepção de discentes de Enfermagem" (SOBRAL, 2018) os discentes citaram as atividades assistencial, educativa e gerencial da enfermeira como as mais exercitadas durante a vivência diária do estágio supervisionado. Todavia, a atividade gerencial ainda foi associada à liderança ao considerar a enfermeira a profissional central da equipe de saúde e para o funcionamento do serviço, o que evidencia sua importância profissional dentro do serviço de AB.

Com respeito das ações educativas na Enfermagem, o Doc-13 "Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001" (BRASIL, 2001) menciona que os profissionais "devem" (aspas da pesquisadora) ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde precisam aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e treinamento/estágios das futuras gerações profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmica/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

E, por isso, entendemos a necessidade de saber como são organizados os cursos de Graduação em Enfermagem da UEFS (Brasil) e UPTC (Colômbia).

Em relação aos saberes e práticas a respeito do objeto deste estudo, destacamos a organização dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, considerando-se as falas a seguir.

A este respeito, as falas dos Ent. Do2/UEFS, Ent. Do12/UEFS, Ent. Do29/UPTC e Ent. Do28/UPTC são convergentes em relação à sua organização segundo os ciclos de vida, permitindo ao discente desenvolver as competências e habilidades na lógica de inserção desde o início do curso.

> [...] **os componentes de uma forma geral, eles se organizam para terem em ciclos de vida** como eu já falei ne? A gente deixa [...] começa **sempre por Saúde Coletiva** valorização... é o primeiro componente prático que o aluno entra na rede de serviço porque ele faz essa disciplina concomitante às disciplinas de área biológica como anatomia, como fisiologia e histologia e já **tem a aproximação com a rede através da Saúde Coletiva que estuda políticas e vai sempre conversando entre si** (Ent. Do2).

> A UEFS em si e a forma como estão organizados os componentes curriculares que vem, **os meninos tem a parte inicial onde eles vão fazer Saúde Coletiva**, eles geralmente vão para o hospital antes ver a parte de técnica mas **aí ele volta pra Atenção Básica e vai vendo os conhecimentos**, **depois que ele passa dessa disciplina de mulher, criança e adolescente ele vai pra disciplina de adulto, idoso que vem outros programas, hanseníase, tuberculose, agora saúde do homem, então ele vai construindo isso, vai pra saúde mental pra depois ele chegar no final do curso e ele fazer um estágio supervisionado dentro da Atenção Básica** (Ent. Do12).

> [...] **nosotros tenemos un plan de estudios organizado por el ciclo vital humano que inicia desde un abordaje general, conceptos generales de la Enfermería y allí se aprenden algunas prácticas que son muy importantes de la Atención Primaria,** es, sean explicitas o no, tonces allí por ejemplo **se aborda lo que es la persona objeto de cuidado**, los, eh, los, lo que es la **atención domiciliaria, los conceptos de salud – enfermedad, los determinantes sociales en salud** (Ent. Do29).

> [...] **El currículo está organizado en un área general, un área disciplinar, un área digamos complementaria y una de profundización ¿**sí? eh, pues nosotros lo que es el **área disciplinar,** eh, pues son los que llamamos nosotros que son las enfermerías, las **Enfermerías empiezan en tercer semestre con lo que se llama Fundamentos de Enfermería,** que hay que cositas se les da de, de, de APS mmm, no, no tanto como la **definición de APS** pero si hay un **acercamiento a los determinantes sociales** que están un poco relacionados con la Atención Primaria en Salud pa' poder comprender como se pueden hacer esos espacios de prevención, **luego viene Enfermería Materno, eh, Perinatal que es cuarto semestre, luego viene Enfermería Niño, luego viene Enfermería Adulto I que es, es, sexto, luego viene Enfermería Adulto II que es séptimo y luego viene**

> **Salud Pública que es de octavo y finalmente el Internado de Enfermería que es en noveno semestre** (Ent. Do28).

Da mesma forma, a fala do discente, Ent. Di14/UEFS, reforça as falas desses docentes a respeito dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem ao ratificar o início do curso com uma abordagem na Atenção Primaria à Saúde e posteriormente, na área hospitalar. Uma organização nas áreas Saúde da Mulher, do Adulto entre outros, conseguindo que o discente compreenda a importância e a necessidade da AB, conforme os quadros 4, 7, 8 e 9, e referendada na fala a seguir.

> **Eu acho interessante o que tem, nós temos aí desde o início, a gente começa mesmo pela Atenção Básica para depois ir para a área hospitalar. Existe e funciona, a gente percebe isso**, apesar que aqui no Brasil existe a questão de a gente reclamar muito da questão burocrática da Atenção Primária, mas **aqui dentro da graduação existem vários componentes curriculares que abarcam isso, Saúde da mulher I, Adulto I e eu acho que eles conseguem trazer pra gente o que é de fato a Atenção Básica** apesar da gente não conseguir estar muito dentro dela**, a gente consegue ter uma noção da importância que é e como é necessário ter a Atenção Básica** (Ent. Di14).

Vemos, a partir das falas desses docentes (Ent. Do2/UEFS e Ent. Do12/UEFS) e do discente, Ent. Di14/UEFS, que os componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS são organizados segundo os ciclos de vida e correspondem a uma lógica de inserção do discente desde o início do curso, no contexto da Atenção Primaria à Saúde.

Especificamente no curso de Graduação em Enfermagem da UEFS, no 1º semestre é ofertado o componente curricular Saúde Coletiva no componente curricular Saúde Coletiva onde são abordados tópicos das políticas públicas em saúde; no 4º semestre com Saúde da Mulher Criança e Adolescente I, Saúde do Adulto e do Idoso e Saúde Mental, quando o discente começa a atuar nos serviços de atenção básica em saúde (UBS E USF) ou outras espaços informais (organizações não governamentais, escolas, associações moradores e outros) mediante a assistência, realizando o atendimento na consulta e executando ações de promoção e educação em saúde. No 9º semestre, no Estágio Supervisionado I, o discente desenvolve as suas atividades assistenciais e gerenciais na APS, baseadas na experiência de ter passado por toda a rede do sistema de saúde, considerando-se os componentes curriculares anteriores e a execução das ações de cuidado para toda a população.

Nesta lógica, segundo Vendrúscolo e Manzolli (1996), o significado de currículo passa pela proposta de um conteúdo lógico, sequencial, contínuo, pautado por objetivos educacionais previamente definidos, vivenciados através das experiências de aprendizagem organizadas pelo docente.

Em convergência as falas narradas sobre a organização da estrutura curricular, apresentamos o Doc-14, "Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana" (FEIRA DE SANTANA, 2017) destacando-se em negrito os componentes curriculares inerentes aos saberes e práticas desenvolvidas na APS/ABS.

O referido documento alude que o discente do Curso de Graduação em Enfermagem, inicia sua vivência no sistema de saúde desde o **1º semestre em unidades de saúde da família e da Atenção Básica**. Logo no 2º e 3º semestre o discente começa o desenvolvimento das competências e habilidades específicas na formação da enfermeira no âmbito da assistência hospitalar.

Posteriormente, no **4º semestre,** o discente retorna à rede básica de serviços de saúde na **Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente I, atuando nos programas e ações estratégicas do SUS no nível local**, segundo os princípios éticos, as diretrizes e os dispositivos legais que fundamentam a prática profissional da enfermeira.

No **5º semestre**, dar-se-á continuidade ao processo do cuidar em Enfermagem na Atenção Básica à saúde do adulto e do idoso**,** em conformidade com as políticas de saúde locais, regionais/estadual e nacional, através do componente **Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso I.**

Seguindo a cadeia de cuidados progressivos é ofertado o componente curricular Enfermagem na **Saúde da Mulher, Criança e Adolescente II** onde os discentes desenvolvem intervenções na atenção à saúde da mulher, criança e adolescente em unidades de média e alta complexidade.

No **6º semestre** os discentes terão a oportunidade de trabalhar os problemas da comunidade com o componente curricular **Enfermagem em Saúde Coletiva I,** onde serão desenvolvidas competências para a análise da situação de saúde da população com base nos seus determinantes e condicionantes para intervenção no processo-saúde-doença, tomando por referência a integralidade, o controle social e a cadeia de cuidados progressivos no SUS.

Dando prosseguimento, **no 7º semestre** o componente curricular Enfermagem na **Saúde do Adulto e do Idoso III** serão abordados tópicos e atividades enfocadas à área hospitalar. Enquanto no **8º semestre** os discentes estarão inseridos no contexto da **Saúde Mental**, tendo em vista oportunizar o desenvolvimento de ações de Enfermagem voltadas para a promoção da saúde, detecção e prevenção de riscos e agravos à saúde mental da população, através do componente curricular Enfermagem no Contexto da Saúde Mental e do Adoecer Psíquico. E ainda a intervenção de enfermagem junto ao indivíduo com dificuldade de integração, em decorrência de distúrbios psíquicos, na comunidade e/ou serviços especializados.

Ademais, no **8º semestre**, visando proporcionar uma aprendizagem significativa dos conteúdos e o enfrentamento das questões gerenciais que se colocam nos diversos cenários de prática (Rede Básica e Hospitalar), é ofertado o componente curricular **Gerência de Enfermagem em Serviços de Saúde**, quando os discentes estudam os processos de gestão e planejamento em saúde e a organização dos serviços de enfermagem, bem como a análise estratégica de Unidades de Saúde.

Por último, nos 9º e 10º semestres do curso, em consonância com a as diretrizes curriculares. Especificamente no **9º semestre** os discentes realizam **o Estágio Supervisionado I** atuando nas áreas de gerenciamento de enfermagem em unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, educação em saúde e atenção à saúde da mulher, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso em Unidades de Saúde da Família e, posteriormente, no 10º semestre, na Rede Hospitalar, o Estágio Supervisionado II.

Nesta perspectiva, o mesmo Doc. 14 especifica que o Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS conta com o componente curricular denominado Estágio Supervisionado, situado no 9º semestre e estruturado para que o discente logre estabelecer uma relação teórico-prática e possa ter uma vivência como profissional da Enfermagem, dentro da organização interdisciplinar e intersetorial. Ademais é preciso que tenha uma participação crítica na implementação de políticas públicas e reconheça a responsabilidade na participação da solução de problemas de saúde e de Enfermagem, constituindo-se desde a sua unidade de trabalho num ator significativo de desenvolvimento profissional.

Particularmente, o Estágio Supervisionado I do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS componente do 9º semestre tem como foco a formação no gerenciamento e no processo de cuidar da criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, portanto tem como objeto de trabalho o ser humano quer individual, quer coletivo, pautado nos princípios e diretrizes do SUS, nos níveis de atenção básica e de média complexidade à saúde.

Ademais, mediante desses diferentes contextos apresentados nas organizações de saúde da Atenção Primária/ABS, no cenário da ESF o Estágio deixa explícito a execução de práticas específicas à sistematização da assistência de Enfermagem na atenção integral à saúde do indivíduo e da família, planejamento, organização, execução, controle e avaliação do cuidado em nível de complexidade primário, vigilância em saúde, referência e contrarreferência, gerenciamento do cuidado e da equipe de enfermagem e dos serviços, educação em saúde, e estudos em saúde aplicados ao indivíduo, família e comunidade.

Como vemos, tais práticas podem possibilitar o desenvolvimento de competências e habilidades para o gerenciamento e o processo de cuidar de enfermagem e de saúde nos serviços públicos da rede básica do SUS, além de desenvolver o processo de trabalho integrado com a equipe de enfermagem e possibilitar a reflexão crítica acerca da prática da enfermeira na Atenção Básica.

Já no curso de Graduação em Enfermagem da UPTC, os Ent. Do29/UPTC e Ent. Do28/UPTC descrevem uma organização similar ao Curso de Enfermagem da UEFS no contexto da APS/ABS, iniciando a abordagem dos conteúdos teóricos e práticos no **3º semestre com a 'disciplina'** (termo denominado no referido curso na Colômbia) **Fundamentos de Enfermagem,** realizando uma aproximação à conceptualização da APS e os determinantes sociais em saúde. Logo no **4º semestre** é desenvolvida **a disciplina Saúde da Mulher e Recém-nascido e Saúde Familiar**; no **5º semestre**, a disciplina **Enfermagem da Criança e Educação para a saúde**; **6º semestre a disciplina Enfermagem Adulto I** e no 7º **semestre Enfermagem Adulto II** (quadro 8).

Posteriormente, já no **8º semestre**, o discente tem a oportunidade de cursar a disciplina **Enfermagem em Saúde Pública,** tendo como um dos seus objetivos conhecer o contexto histórico da Saúde Pública e o trabalho interdisciplinar, orientado para a melhoria das condições de vida da população. Finalmente, no **9º semestre**, é cursada a disciplina **Internato de Enfermagem**, que oferece a oportunidade ao discente para compreender o significado do

cuidado da saúde e da vida, na premissa básica para a gestão da Enfermagem em serviços de saúde comunitário e hospitalares ou outros serviços de saúde.

O próprio Doc-15, “Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia” (TUNJA, 2010-2019) ratifica essas disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem que apresentam uma organização por ciclos definidos como unidades de conteúdos que sustentam a formação do profissional desde o plano mais geral até o plano de aprofundamento.

A concepção dos ciclos é de caráter organizativo e estrutural, e trazemos a sua finalidade a seguir:

- Ciclo Básico: propicia que o discente se aproprie de uma mirada integral do mundo biológico, sócio-político e cultural no seu contexto.
- Ciclo Profissional: possibilita a formação teórico-prática do SER sujeito de cuidado para desenvolver as competências profissionais do egresso, necessárias no trabalho da Enfermagem.
- Ciclo de Aprofundamento: facilita uma formação de maior vinculação ao exercício da Enfermagem, a partir da conceptualização e aplicação dos conteúdos.

Mediante tais propósitos, o Doc. 15 sintetiza tais dados sobre o Curso de Enfermagem da UPTC que é iniciado com a aproximação da APS/ABS no **3° semestre** com a disciplina **Fundamentos de Enfermagem**, sendo um espaço de formação teórico-prático que concebe a pessoa como um ser holístico e capacita ao discente para o cuidado do ser humano saudável e doente.

No **4° semestre** são ofertadas as disciplinas **Enfermagem da Mulher e Recém-nascido,** com conteúdos teórico-prático sobre a saúde sexual e reprodutiva da mulher e crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, preparando o discente com habilidades, destrezas, atitudes e valores para o cuidado do binômio mãe-filho; **Saúde Familiar**, considerando ao sujeito como uma pessoa integral que interage em diversos contextos os quais influenciam de forma positiva e ou negativa seu processo saúde-doença, além de considerar a família como a unidade básica da sociedade, que precisa do acompanhamento continuo, dinâmico e flexível do profissional da Enfermagem.

Já no **5° semestre**, são ofertadas as disciplinas **Educação para a Saúde**, destinada à formação teórico-prática do discente, para a execução de processos educativos individuais ou coletivos, orientados às pessoas nos cenários assistenciais, comunitários, escolares e laborais e onde seja imprescindível o cuidado da saúde e da vida**; Enfermagem da Criança,** que acompanha desde o lactante até o escolar no seu processo de crescimento e desenvolvimento, permitindo que o discente identifique e faça intervenção aos fatores de risco que interferem nesse processo e fortaleça os fatores protetores; e **Enfermagem em Saúde Metal e Psiquiatria,** tendo em vista a promoção da saúde mental, a intervenção oportuna nas situações de risco, o fortalecimento das iniciativas e programas dirigidos à prevenção de transtornos mentais, e a recuperação e reabilitação social.

No **6° semestre** são ofertadas as disciplinas **Enfermagem do Adulto I,** considerada um espaço de formação dirigido à atenção do adulto maior de 15 anos de idade vulnerável à multiplicidade de fatores de risco ambientais, ocupacionais, sociais, e psicológicos que incidem na sua situação de saúde individual e familiar; **Enfermagem do Adolescente**, disciplina que ver o jovem como sujeito de cuidado em processo de crescimento e desenvolvimento com mudanças bio-psicossocial-sexual, identificando as condutas de risco psicossociais e as situações de saúde mais frequentes nesta população.

Só no **8° semestre** é ofertada a disciplina **Saúde Pública**, identificando a saúde como um fenômeno multidimensional, permitindo ao discente reconhecer e intervir o problema de saúde de maneira integral e não só desde a sua dimensão biológica. Ademais, aborda conteúdos teórico-práticos relacionados com a história da Saúde Pública e o trabalho interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial para construir melhores condições de vida.

Por último, no **9º semestre** a disciplina **Internato em Enfermagem**, que facilita ao discente o entendimento do cuidado à saúde e a vida como premissa básica para a gestão da Enfermagem no nível comunitário e hospitalar. Portanto, o discente neste espaço de formação, vivencia o seu ‘ser’ e ‘agir’ como profissional, realizando atividades nas áreas assistencial, gerencial, educação e pesquisa.

Considerando-se a conformação apresentada da organização dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS, na prática, durante o curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva tivemos a oportunidade de acompanhar os discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS no Estágio

Supervisionado I em outubro/novembro de 2019, tendo como campo de prática as unidades de saúde da família, cujo eixo orientador é a Estratégia da Saúde da Família, para o desenvolvimento da reflexão crítica, da proposição criativa e da resolutividade das ações de Enfermagem na APS/ABS.

No referido estágio observamos que os conteúdos dos componentes curriculares no campo da APS/ABS oportunizaram sucessivas aproximações dos discentes com problemas/temas, a partir de diferentes cenários e níveis de complexidades dos usuários assistidos, a partir dos objetos do processo ensino-aprendizagem, ou seja, os ciclos de vida (atenção ao indivíduo, família, criança, adolescente, mulher, adulto, idoso, e demais grupos da população), o que tem oportunizado o discente exercitar e ampliar os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso numa articulação teórico- prática considerando-se, inclusive, a realidade de saúde no contexto social, político e operacional da atenção integral à Saúde Coletiva/ABS.

Competências e Habilidades

A respeito das competências e habilidades previstas para os discentes nos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS há convergências nas falas dos Ent. Do3/UEFS, Ent. Do5/UEFS, Ent. Do10/UEFS e Ent. Do21/UPTC, ao comentarem que elas objetivam conhecer o processo de trabalho da enfermeira na AB, os instrumentos que permitem a operacionalização das ações assistenciais, gerenciais, de educação e pesquisa em saúde, o enfrentamento de processo saúde-doença e o trabalho em equipe.

> **Criar competências para o enfrentamento do processo saúde-doença**, para **educação em saúde**, **para o entendimento, habilidade de compreender o processo de trabalho do enfermeiro dentro da atenção básica** e como ele se **articula com os outros níveis de complexidades,** com os outros elementos, os outros pontos da rede (Ent. Do3).

> Ele tem que **puder identificar os instrumentos que nós trabalhamos em sala de aula na teoria além da prática**, bem como também **saber quais são esses instrumentos qual a importância** deles, então todo aquele conteúdo teórico que eu falei, **supervisão, planejamento, processo de trabalho**, é a gente busca fazer com que esse discente ele conheça e desenvolva também **habilidades no que diz respeito a esses instrumentos específicos certo, pra que ele possa estar desenvolvendo o processo de trabalho do enfermeiro no que diz respeito a assistência e a gerencia** (Ent. Do5).

> Eles terem a **capacidade de identificar facilmente determinadas patologia**s, eles terem a **capacidade e a habilidade de traçar planos de cuidado** de forma voltada para a necessidade daquele indivíduo, eles terem a **capacidade de conduzir a sua equipe de saúde de forma a atender as necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade** a qual eles pertencem, deles terem a **capacidade de desenvolver em educação em saúde** (Ent. Do10).

> […] **tenemos unas competencias en relación a lo ético** ¿sí? en, en relación al **respeto por el otro**, al, al respeto por el compañero, **al trabajo en equipo**, eh, tenemos unas **competencias a nivel de, de ya del hacer** ¿sí? que tienen que ver muchísimo pues con ese **cuidado de Enfermería** y como desde, desde…toes eso hace digamos que el estudiante tenga unas **competencias también desde, la educación,** es nuestro, digamos es nuestra guía, desde la **investigación** también porque aquí ellos tienen que hacer unas búsquedas importantes, hacemos procesos de, de, en algún momento hicimos procesos de **Enfermería basado en la evidencia** (Ent. Do21).

Complementando essas competências e habilidades previstas para a formação dos discentes, os Ent. Do1/UEFS e Ent. Do4/UEFS dão um destaque à saúde mental, citando algumas delas como o reconhecimento do indivíduo que apresenta patologia mental, a realização de ações de promoção de saúde mental e prevenção de doença, o direcionamento não só à pessoa com problema, mas também à família, assim como orientação na transição do processo de desinstitucionalização do hospital para a comunidade.

> Competências. e.… **reconhecer um indivíduo que está com patologia mental**, saber... habilidade... saber ne? …**dá um direcionamento não só à pessoa, mas com a família, na saúde mental** você não trabalha só o indivíduo, você trabalha a família ne? (Ent. Do1).

> Dentro dessa abordagem que é a possibilidade que eles têm de fazer principalmente no CAPS, são essas **atividades de promoção e prevenção**. Dentro do hospital o que a gente tem a possibilidade de **promover é através dessas práticas mais integrativas** e com aqueles sujeitos que estão nos lares abrigados, que é o **processo de transição do hospital para a comunidade**…é a oportunidade que eles têm de sair junto com a equipe de **desinstitucionalização** para fazer compras externas ao hospital, então é um **trabalho mais de instrumentalização desse indivíduo se readaptar a convivência no meio externo, né?** (Ent. Do4).

As falas dos docentes da UEFS e UPTC levam-nos ao entendimento que as competências e habilidades dos componentes curriculares do Curso de Graduação em

Enfermagem no contexto da APS/ABS para que o discente tenha a capacidade de associação da teoria no cenário de prática. Uma realidade que nos faz refletir que poderá contribuir no reconhecimento e na visibilidade efetiva do processo de trabalho da enfermeira quer como líder da equipe de enfermagem e /ou equipe de saúde quer como técnica nas atividades assistenciais e gerenciais do cuidado e dos programas e /ou serviços de saúde.

Além do mais observamos, em determinado tempo e contexto, a participação de alguns discentes no seu fazer cotidiano da prática a habilidade de acolher e responder à demanda do usuário, mediante o desenho, a execução e a avaliação de um plano de cuidado, com uma visão holística e crítica da situação em saúde, para confrontar o processo saúde-doença, objetivo daquele componente curricular na APS/ABS.

Diante disso, de acordo com Melo, Queluci e Gouvêa (2014), o processo de desenvolvimento das competências e habilidades vem sendo estudado e aprimorado com o passar dos anos pelos programas de graduação e pós-graduação existentes. E, portanto, espera-se um profissional que saiba tomar decisões, assumir responsabilidades e ser resolutivo, passando pelo construir e reconstruir os saberes e práticas de saúde.

Para Paiva e Santos-Junior (2012), a competência vai além da qualificação do potencial de ação: trata-se de uma mobilização real e produtiva de um conjunto de saberes de natureza diferenciada formada por cinco componentes: o intelectual, o técnico funcional, o comportamental ou pessoal, a ética e a política, cujo resultado é reconhecido e valorizado tanto pelo próprio indivíduo como por outros.

Outrossim, o artigo 4 do Doc-13, " Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001" (BRASIL, 2001) cita as competências e habilidades gerais da formação da enfermeira, levando em consideração:

- Atenção à saúde: a aptidão da enfermeira dentro do seu âmbito profissional é muito importante para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Portanto, essa profissional tem que ter consciência da sua prática realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Além do mais, práticas essas executadas dentro dos mais 'altos' padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde tanto individual como coletivo.

- Tomada de decisões: o trabalho da enfermeira precisa estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, a mesma necessita ter habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.

- Comunicação: a comunicação e a interação entre enfermeira e equipe de enfermagem, equipe de saúde, usuários dos serviços de saúde e o público em geral são imprescindíveis, como também a confidencialidade das informações a ela confiadas. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura, e o domínio de tecnologias de comunicação e informação.

- Liderança: no trabalho em equipe tanto de enfermagem como na equipe multiprofissional, a enfermeira precisará estar apta a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

- Administração e gerenciamento: a enfermeira na atuação dessas atividades precisa ter as competências e habilidades referidas para ser capaz de fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, como gestores.

- Educação permanente: é uma formação essencial a ser desenvolvida no decorrer do trabalho da enfermeira de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

Considerando-se o conteúdo do Doc 13 aqui destacado no seu artigo 4º, o Doc-14, “Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana” (FEIRA DE SANTANA, 2017) vislumbra o Curso de Graduação em Enfermagem enquanto prática social, inserida no processo coletivo do trabalho institucional da saúde no processo de cuidar, gerenciar e educar, para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população, cuja estrutura curricular prevê a compreensão não dicotomizada do

processo saúde-doença, da prevenção-cura e da atenção clínico-epidemiológica, da assistência hospitalar/ambulatorial, permitindo a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a integralidade e o caráter generalista do ensino na graduação.

Além disso, o ensino de graduação visa uma formação que tem como princípio a educação para a transformação, em benefício da concepção do discente construtor do seu próprio conhecimento, centrado na reflexão e indagação da prática, em que o discente precisa ser sujeito partícipe e proativo do processo ensino-aprendizagem.

Neste sentido, entendemos que a discente, futura enfermeira, precisará, no decorrer do seu processo de aprendizagem, acompanhar as transformações do sistema de saúde brasileiro desenvolvendo uma prática voltada para o cuidado do indivíduo, família e grupos da comunidade em sua realidade de vida como agente multiplicador, com competência e autonomia para intervir no processo saúde-doença, numa perspectiva crítica, levando em conta o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa, assistência e extensão, tendo em vista os interesses e necessidades da coletividade, contribuindo para a modificação da realidade no contexto nacional, regional e local.

Ademais, para Facolli e Castro (2012) a possibilidade de se traçar competências para a prática da enfermeira na Atenção Básica é um recurso importante para subsidiar a sua formação. A adoção do modelo de competências para pensar a formação e atuação do profissional de saúde, é uma possibilidade para se adequar a gênese dos trabalhadores às novas exigências do sistema produtivo, fortalecendo a integralidade do cuidado em saúde no que tange a Atenção Básica.

Na Colombia, o Doc-15, “Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia” (TUNJA, 2010-2019) esclarece que as competências profissionais são as categorias que compreendem os eixos do currículo. Por conseguinte, essas competências transversalizam o processo de formação desde o início até o final do Curso, sendo integradoras.

Neste âmbito, também o Doc-15 comenta que o Curso de Graduação em Enfermagem visa que o egresso seja competente na arte de cuidar, na investigação, na gestão, e na educação dirigida ao cuidado. Portanto, o profissional será competente para

- Cuidar a vida como o apoio do modelo de saúde e Enfermagem, para promover a saúde das pessoas, famílias e coletivos no seu entorno.

- Gestão do cuidado de Enfermagem e da saúde nos diferentes cenários e contextos institucionais e comunitários.
- Argumentar, interpretar, propor e reflexionar ao experimentar nos processos de pesquisa e contribuir com o desenvolvimento da disciplina e a busca de novos modelos de Cuidado de Enfermagem para resolver os problemas próprios da profissão.
- Liderar processos educativos e comunicativos na pedagogia do Cuidado de Enfermagem e de desenvolvimento comunitário nos diferentes contextos sociais e culturais para melhorar as condições de vida das pessoas, famílias e coletivos.

Ademais, observamos que no Estágio Supervisionado I essas competências e habilidades eram concretamente voltadas à promoção e proteção à saúde da família, à prevenção e controle de situações ou grupos de risco, e para a atenção básica integral à saúde - infância, escolar, adolescência, adulto/ trabalhador, e idoso -, atuando não apenas nas unidades saúde da família, mas também em domicílios, escolas, associações de moradores das comunidades, dentre outros, onde são campos de práticas do referido Estágio, desenvolvendo atividades concretas à vivência de situações do trabalho da enfermagem, acompanhadas/supervisionadas pela docente-enfermeira.

Também nos chamou atenção a participação das docentes-enfermeiras e das preceptoras no acompanhamento do processo de trabalho dos discentes de graduação em Enfermagem da UEFS, traduzida nos seguintes aspectos:

1) **Processo de cuidar**: a enfermeira do serviço de saúde acompanhou ao discente durante a execução das intervenções na Consulta de Enfermagem de Planejamento Familiar e no desenvolvimento das atividades educativas de promoção de saúde, orientadas para a adoção de uma alimentação saudável na mulher. Nessa ocasião observamos relações de trabalho harmónicas entre o discente, o trabalhador de saúde e o usuário.

   Do mesmo modo, presenciamos o acompanhamento e supervisão da docente no cenário de prática no contexto da APS/ABS, demonstrando uma relação de respeito e confiança com o discente, ademais, de enfatizar sobre os aspectos técnicos, metodológicos e bioéticos para a realização das intervenções durante a Consulta de Enfermagem e na visita domiciliar.

Além disso, a docente ressaltou temáticas importantes junto com os discentes, sobre os instrumentos inerentes ao processo de trabalho da enfermeira na AB, considerando ao mesmo tempo, as tecnologias, a organização da atenção à saúde, a prática profissional e a assistência de Enfermagem prestada à mulher, criança, adulto, e idoso, na perspectiva, da atenção à família e à comunidade.

Ainda, a docente acompanhou aos discentes para a realização do teste da Hepatite B em adultos na UBS, nessa atividade percebemos o apoio da supervisora no desenvolvimento das habilidades da liderança, trabalho em equipe, comunicação verbal e não verbal e da escrita no discente.

2) **Gestão do processo de cuidar e cenário das práticas em saúde**

Observamos que a docente supervisora, durante o desenvolvimento da Consulta de Enfermagem e ao final da jordana de trabalho no cenário das atividades práticas no contexto da APS/ABS, salientou os principais conteúdos (teóricos e práticos) para a gestão do processo de trabalho em saúde e do processo de trabalho do cuidar em Enfermagem, ancorados nos princípios do SUS.

A seguir, aproveitamos este espaço para descrever a experiência durante o processo de observação para dar visibilidade a alguns componentes curriculares como o Estágio Supervisionado I e Saúde Mental.

Assim, no que diz respeito à Resolução nº 3, vivenciamos, mesmo num espaço de tempo limitado (outubro e novembro de 2019, durante “16” horas) o contexto de práticas desenvolvidas no decorrer da observação.

Para tanto, o Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS tem assegurado atender massivamente o que preconiza, nos campos de práticas e estágio, especialmente na área de Saúde Coletiva com o Estágio Supervisionado I, com a realização das atividades diversificadas a partir do contexto apresentado, numa parceria docentes-discentes /UEFS com os serviços e grupos sociais da comunidade, tendo em vista a importância da articulação das atividades ensino, pesquisa e extensão/assistência, numa perspectiva crítica, reflexiva e criativa no processo de trabalho na formação do discente de enfermagem.

Um destaque, aparentemente visível, foi o comprometimento do referido Estágio com a visão de educar para a cidadania com a participação de determinados grupos sociais (serviços da USF como pré-natal, puericultura, hiperdia, atenção à família- mulheres, homens,

adolescentes-, imunização, dentre outros; escolas, visitas domiciliárias, associação moradores, igrejas), considerando a relevância da necessidade do seu empoderamento nas questões de saúde e da vida.

Outros destaques foram observados: a utilização de estratégias pedagógicas articuladas ao conhecimento/saber, o saber fazer e o saber conviver; o uso de dinâmicas de trabalho em grupos na discussão coletiva; as relações interpessoais (acolhimento, vínculo, compromisso, responsabilização, dentre outros), fortalecidas e reconhecidas pela comunidade; e a valorização das dimensões éticas e humanísticas.

Diante da realidade apresentada, ressaltamos que o Doc-14 "Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana" (FEIRA DE SANTANA, 2017), apesar dos limites /dificuldades, vem demandando esforços com discussões e avaliações, em seus componentes curriculares organizados em módulos, no sentido de avançar na formação do docente e discente sobre a APS/ABS, utilizando-se de estratégias e instrumentos para dar resolubilidade às necessidades de saúde da população, especialmente no trabalho desenvolvido na ESF, priorizando a metodologia da problematização no pensar e agir articulados às atividades teóricas e práticas. Os conteúdos partem dos conceitos gerais para os específicos, com complexidade crescente, do concreto para o abstrato, e do conhecimento empírico para o científico, valorizando as experiências prévias do discente.

Divergindo dos Ent. Do2/UEFS, Ent. Do12/UEFS, Ent. Do29/UPTC, Ent. Do28/UPTC e o Ent. D14/UEFS os Ent. Do7/UEFS, Ent. Do5/UEFS e Ent. Do11/UEFS afirmaram que no Curso de Graduação em Enfermagem a organização dos componentes curriculares/disciplinas no contexto da APS/ABS, ainda está muito fragmentada, apesar de na atualidade defender a proposta de currículo integrado, com enfoque na determinação social do processo saúde doença.

> Na minha compreensão de **Saúde Coletiva, de Atenção Básica, Atenção Primária, eu vejo fragmentado,** o aluno ele acaba recebendo o, contudo como eu falei, mas assim de forma fragmentada (Ent. Do7).

> [...] **eu não tenho ainda essa visão do todo curso, que e acho que é algo que deveria ter, é algo que a gente deveria estar trabalhando mais em conjunto com os outros componentes** pra mim saber, por exemplo o que é que o componente de Saúde Coletiva já trabalhou né, e que a gente pode trabalhar de uma outra forma em gerência entende? **Então, assim, eu acho que falta mais essa articulação** (Ent. Do5).

> [...] **aí você tem uma proposta de currículo integrado muito bem elaborado fundamentado, mas na hora de viabilizar a implementação ... é como se o currículo fosse um currículo fragmentado** [...] **de abordagem né** [...] **Biologicista** [...] porque aqueles que vão implementar materializar a proposta não ... **não conseguiram ampliar o seu olhar** [...] **sobre o processo saúde doença, sobre a determinação social desse processo saúde doença** [...] (Ent. Do11).

Convergindo com as falas desses docentes em relação à organização dos componentes curriculares no contexto da APS/ABS, o Ent. Di16/UEFS reforça a forma fragmentada, o que não permite que o discente tenha um olhar ampliando das "funções" da enfermeira na APS, só quando vão para o Estágio Supervisionado I é que reconhece onde todas as atividades são da sua responsabilidade.

> **Então até a gente chegar em Supervisionado I, como te falei, as disciplinas elas são divididas né? então isso acaba não ampliando o nosso olhar, reduz o nosso olhar** até chegar no supervisionado, a gente vê tudo em compartimentos, a gente não vê o globo até chegar em supervisionado, **porque quando a gente chega no Supervisionado I a gente entende de que tudo é nossa responsabilidade**, mas antes a gente ver com algumas disciplinas, como por exemplo saúde da mulher e aí a gente entra aqui e então faz o que é referente a saúde da mulher o cuidado referente a saúde da mulher, aí depois a gente vem em gerencia e só faz o que é referente a gerencia, só que a gente não engloba como por exemplo, gerencia que querendo ou não estar imbricado nesse processo do cuidado. **Você aprendeu, querendo ou não, fragmentado, que está um pouquinho fragmentado né?** (Ent. Di16).

Mediante tais convergências tanto nas falas dos docentes, Ent. Do7/UEFS, Ent. Do5/UEFS e Ent. Do11/UEFS como também do discente, Ent. Di16/UEFS, quanto a fragmentação da estrutura curricular do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, vemos a necessidade de uma efetiva articulação entre os seus componentes curriculares para facilitar a compreensão dos conteúdos teóricos e práticos na AB e conhecer as experiências dos docentes e discentes para dar continuidade à formação durante o desenvolvimento do curso, uma vez que, na atualidade, persiste a proposta de currículo integrado, elaborado e fundamentado na perspectiva dos determinantes sociais em saúde e a sua relação no processo saúde-doença.

Entendemos que, diante da realidade explicitada pelos docentes e discentes que a estrutura tradicional da Universidade com currículo por disciplina, formação tecnicista, com enfoque predominantemente curativo, não consegue construir saúde em perspectiva plenamente integral. A esse respeito Quintino (2005) refere que o currículo de modelo

tradicional geralmente não apresenta comunicação entre as várias disciplinas, mas, sim, um isolamento característico.

Por outro lado, Santos (2014) sustenta que a interdisciplinaridade pode ampliar as possibilidades de uma formação mais crítica e articulada com as necessidades da população. Quintino (2005) complementa que o currículo modular integrado faz com que os módulos que o compõem possuam uma interligação e interação dos conteúdos, uma vez que o ensino precisa ser centrado na realidade das necessidades da população.

Ao falarmos em currículo integrado em saúde no Brasil ele teve início na década de 1990 em resposta ao movimento de reforma sanitária ao defender desde 1980 uma reorganização da assistência à saúde com cobertura de todos os cidadãos e substituição do modelo flexneriano por um mais integral, centrado na saúde e em sua promoção (SANTOS, 2014).

No entanto, mesmo com os esforços para a substituição do modelo flexneriano, segundo Campos e Aguiar (2002) e Almeida (1999) há um descompasso entre a formação e as práticas profissionais para a consolidação do SUS em consequência da formação predominantemente centrada nos hospitais; da dissociação entre a formação e os princípios e diretrizes do SUS; da desarticulação entre a formação clínica e as necessidades de saúde da população e do enfoque eminentemente técnico, especializado e fragmentado dos conteúdos inerentes à formação.

Outrossim, Silva, Sousa e Freitas (2011) entendem que um dos problemas nos currículos se refere à sua fragmentação em ciclo básico e ciclo profissionalizante. Em seus estudos sobre saberes e práticas curriculares em saúde, a divisão entre ambos os ciclos é um resquício da reforma do Ensino Superior de 1968, que instituiu os departamentos e criou a divisão dos ciclos para uma maior racionalização de recursos. Essa análise foi feita a partir das ementas de cada disciplina correspondente, fazendo uma interface com os pressupostos da Atenção Básica à Saúde proposta pelo SUS, contemplando conteúdos referentes à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos, à assistência e ao tratamento e à reabilitação da saúde.

Por conseguinte, quando pensamos na teoria da aprendizagem o currículo integrado é uma das possibilidades porque tem a finalidade de estimular o pensamento crítico-reflexivo, exigindo a utilização de metodologias ativas de apreensão do conhecimento, contribuindo para que docente venha a ser um facilitador e o discente construtor do seu conhecimento.

Enfim, a realidade ultrapassa o processo de memorização e de receptor do conhecimento, porque o aprendizado está diretamente associado ao processo de construção, ou seja, “a um saber fazer, como fazer, saber por que saber, saber para quê” (PEREIMA; COELHO; DA ROS, 2005, p. 186).

Assim, a Universidade tem um protagonismo relevante na formação de profissionais da área da saúde, como de outras áreas. Por isso, segundo Kaiser e Serbim (2009), a preparação desse profissional requer atributos fundamentais para o adequado atendimento das necessidades sociais que, em consequência, poderá possibilitar uma formação de maneira dinâmica, com habilidades e competências para buscar o conhecimento, com visão integral do indivíduo.

Porém, segundo Fernandes e outros (2005), a busca da implementação de uma mudança para adequar a formação profissional à diversidade e complexidade do mundo contemporâneo implica o enfrentamento a desafios, tais como o afastamento das práticas de ensino centrado no docente para as atividades de aprendizagem centradas no discente; a superação do modelo disciplinar fragmentado para a construção de um currículo integrado, em que o eixo da formação articula a tríade prática/trabalho/cuidado de Enfermagem; a saída da oferta da teoria ministrada de forma isolada, antecedendo a prática, para a articulação teoria/prática; o abandono da concepção de saúde como ausência de doença para a concepção de saúde enquanto condições de vida; o rompimento da polarização individual/coletivo e biológico/social para uma consideração de interpenetração e transversalidade; a mudança da concepção de avaliação como processo punitivo para a de avaliação como instrumento de (re) definição de paradigmas.

Além disso, defendemos o investimento massivo na qualidade da formação dos docentes nas IES públicas e privadas e no desenvolvimento de competências estratégicas e adequado às mudanças pedagógicas propostas pelas DCN/ENF e alinhadas às necessidades da comunidade são aspectos relevantes nas IES com cursos na área da saúde. Daí ser importante garantir a existência de Departamentos de APS, Saúde Pública, Saúde Coletiva e ampliar a presença de profissionais no corpo docente com formação específica na área (THUMÉ; FEHN; ACIOLI; FASSA, 2018).

Ademais, o Ent. Do12/UEFS considera que é preciso aumentar a carga horária dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, para ampliar a experiência do discente nos cenários práticos.

> [...] **porque as diretrizes curriculares, o que a gente precisa inserir no currículo às vezes eles estão é diminuindo a carga horária, ou seja o aluno ele passa menos tempo pra se formar,** isso é bom: isso é ruim, bom pro lado, tem o lado positivo, porque se não, não conseguiram aprovar, eu acho que tem muito mais lado negativo, do que bom nesse ponto (Ent. Do12).

Já o Ent. G13/UEFS diverge do Ent. Do12/UEFS ao afirmar que o Curso de Graduação em Enfermagem teve três mudanças para admitir o currículo com uma carga horaria pré-estabelecida de acordo com as Diretrizes Curriculares, acrescentando a carga horaria complementar.

> Então essa é a lógica. **Tiveram três mudanças** em relação a pré-requisito, mas em relação às grandes mudanças curriculares, **elas pairaram nesse sentido de deixar o currículo com uma carga horaria pré-estabelecida de acordo com as diretrizes curriculares do curso, acrescentando carga horária complementar** (Ent. G13).

No caso da fala do docente, Ent. Do12/UEFS, e do gestor, Ent. G13/UEFS, percebemos a importância de que os componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS sejam conhecidos pelos docentes e discentes, para facilitar o desenvolvimento das atividades nos cenários de prática, e evitar que essa prática esteja encaminhada ao cumprimento das intervenções que o modelo hegemônico preconiza. Quanto ao aumento da carga horária desses componentes curriculares ela poderá permitir o discente adquirir uma "maior" experiência prática no contexto da APS/ABS.

Para tal, o objetivo do curso nessas mudanças curriculares é trazer uma resposta positiva às demandas da sociedade, portanto, o curso precisa sempre de modificação, avanços e evolução para integrar esses saberes que permeiam com novas formas de pensar do mundo e com metodologias diferentes de ensino que são utilizadas nas atividades desenvolvidas nos campos de prática, como exercício de aprendizado.

Desse modo, depois da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e da criação do SUS surgiram debates acerca do perfil e competências que as enfermeiras 'deveriam' assumir, e nessa rede de discussões foi difundido o Parecer CFE nº. 314, de 06 de abril de 1994,

homologado pelo Ministério da Educação com a Portaria nº. 1.721, de 15 de dezembro de 1994 (BRASIL, 1994). Parecer definiu a mudança na carga horária mínima dos cursos de Enfermagem, que passou a ser de 3.500 horas, incluindo 500 horas destinadas ao estágio curricular, com duração de, no mínimo, dois semestres (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Ainda, os currículos precisariam contemplar as seguintes áreas temáticas (BRASIL, 1994):

a) Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem (25% da carga horária do curso), com estudo de Morfologia, Fisiologia, Patologia, Biologia, Sociologia e Psicologia.

b) Fundamentos da Enfermagem (25% da carga horária do curso), cujos temas deveriam ser História e Ética da Enfermagem, Epidemiologia, Bioestatística, Saúde Ambiental, Semiologia e Semiotécnica e Metodologia da Pesquisa.

c) Assistência de Enfermagem (35% da carga horária do curso), com estudo de situações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, gineco-obstétricas e **Saúde Coletiva** (destaque nosso).

d) Administração em Enfermagem (15% da carga horária do curso), com foco na administração do processo de trabalho da Enfermagem.

De acordo com Magnago (2017) o CNE aprovou o Parecer 776, em 3 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997a, p. 2), com o propósito de estabelecer orientações gerais a serem observadas na formulação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação no Brasil. Conforme esse parecer, as diretrizes curriculares "devem" contemplar "elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente", e "devem" ser respeitadas por todas as IES (os destaques das aspas na palavra "devem" são nosso).

Ressaltamos também um dos princípios estabelecidos nesse Parecer para a elaboração das diretrizes curriculares foi a que as IES têm a liberdade para compor a carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, e para especificar as unidades de estudos a serem ministradas.

Diante disso, o estabelecimento das DCN em substituição aos currículos mínimos desencadeou um processo de reformulações nos cursos de ensino superior. Elas substituíram o

rol de disciplinas obrigatórias dos currículos mínimos por habilidades e competências a serem desenvolvidas durante a formação. Além disso, flexibilizaram as normas para a organização dos cursos e induziram a assunção de maiores compromissos das instituições de ensino superior com o SUS.

Dessa feita, a análise da duração e carga horária dos cursos da área de saúde tornou-se imperativa em função da urgência na transformação do modelo assistencial existente no País (BRASIL, 1997b). E, em 2009, aprova-se a Resolução nº 4, de 6 de abril de 2009 (BRASIL, 2009), que fixa a carga horária mínima de 4.000 horas, com limite mínimo para integralização de cinco anos para os cursos de graduação em Enfermagem.

Conforme o Doc-13, "Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001" (BRASIL, 2001), a respeito dos estágios e atividades complementares, os conteúdos de cunho teórico e prático e estágios supervisionados em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades terão uma carga horária de no mínimo 500 horas, realizado nos dois últimos semestres do Curso. As instituições de ensino precisam, ainda, criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos adquiridos pelo discente por meio de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou à distância, dentre elas monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Neste âmbito, segundo o Doc- 14, "Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana" (FEIRA DE SANTANA, 2017) a proposta de reestruturação curricular ampliou a carga horária do Curso de Enfermagem para 4160 horas sendo 3840 horas para os componentes curriculares obrigatórios, 120 horas para os componentes curriculares optativos e 200 horas para as atividades complementares.

Assim, a carga horária do Curso de Graduação em Enfermagem foi distribuída nas seguintes áreas temáticas: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração da Enfermagem, ficando o restante da carga horária destinada às atividades complementares e componentes curriculares optativos. A estrutura curricular apoia-se em quatro áreas temáticas:

-Saúde do Adulto,

-Saúde da Mulher, Criança e Adolescente,

-Vigilância à Saúde e

-Gestão Pública.

O Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS destinou parte da sua carga horária total para os componentes curriculares que contribuem ao desenvolvimento de competências para a APS/ABS, mediante as atividades teóricas e práticas dos seguintes componentes curriculares:

- Saúde Coletiva: 90 horas (1º semestre)

- Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I: 180 horas (4º semestre)

- Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso I: 150 horas (5º semestre)

- Enfermagem em Saúde Coletiva I: 135 horas (6º semestre)

- Enfermagem no Contexto da Saúde Mental e do Adoecer Psíquico: 105 horas (8º semestre)

- Estágio Supervisionado I: 450 horas (9º semestre)

Tais componentes totalizam uma carga horária de 1.110 horas, correspondendo 26,6% do total do Curso, destinadas para que o discente possa adquirir as competências e habilidades na área da APS/ABS.

Uma realidade semelhante ao estudo "Formação do enfermeiro para a Atenção Básica: Análise da orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica a partir de um curso de graduação" (BRITO, 2014) referente à carga horária destinada à área da APS/ABS do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que designa uma carga horária de 1180hs/aula, que corresponde a 22,5% do total do Curso (5240hs/aula).

O Ent. Do3/UEFS afirma que o Curso de Graduação em Enfermagem está organizado em cinco áreas do conhecimento.

> O curso, ele segue as diretrizes curriculares que é... Define que os cursos eles têm que ter algumas linhas organizativas, **no nosso caso, ele está organizado em cinco áreas do conhecimento**. **Então nós temos a área de vigilância em saúde,** que me sinto mais apropriada em falar, e aí tem um conjunto de disciplinas ali dentro, são as **disciplinas de Saúde Coletiva de primeiro e sexto semestre, as disciplinas de Epidemiologia, de Estatística, de Saúde Mental**, é, no nosso caso, enfermagem no contexto da saúde mental e do adoecer psíquico, nós temos a disciplina de didática, que eu também trabalho com a disciplina de didática, **bioestatística**, eu acho que são essas daqui. E sim, **Nutrição**... **então, é área que transversaliza, mais transversaliza, todas transversalizam, mas essa tem o caráter da transversalidade** (Ent. Do3)

Nesta lógica, o Ent. IF18/UEFS também complementa a fala do Ent. Do3/UEFS, descrevendo que o Projeto Político Pedagógico do Curso é uma produção do próprio curso elaborado com a participação dos docentes, discentes e da rede de serviços, contribuindo assim, com a formação das áreas do conhecimento, o entendimento do sentido do curso, a oferta dos componentes curriculares e a articulação entre essas disciplinas.

> O nosso projeto pedagógico também, ele está em consonância com as diretrizes curriculares [...] então ele tem a questão da caracterização da Universidade e articulação do curso com as próprias como PDI [Plano de Desenvolvimento Institucional] ele representa realmente um instrumento norteador. Ela conseguiu agregar para a formação das áreas do conhecimento trazer essa discussão e o entendimento do sentido do curso, o entendimento, as disciplinas, a oferta das disciplinas, a articulação entre essas disciplinas, então ele realmente representa uma produção do próprio curso. Ele contou com a participação dos docentes, discentes e da rede de serviços, dos campos da nossa rede conveniada (Ent. IF18).

A respeito do curso de Graduação em Enfermagem da UPTC o Ent. Do28/UPCT sua grade curricular é organizada em três áreas denominadas geral, interdisciplinar e disciplinar e aprofundamento.

> [...] **El currículo está organizado en un área general, un área disciplinar, un área digamos complementaria y una de profundización ¿**sí? eh, pues nosotros lo que es el área disciplinar, eh, pues son los que llamamos nosotros que son las Enfermerías [...] (Ent. Do28).

No que diz respeito da estrutura dos componentes curriculares e/ou disciplinas respectivamente dos Cursos de Graduação em Enfermagem da UEFS e UPCT no contexto da APS/ABS, os Ent. Do5/UEFS, Ent. Do9/UEFS e Ent.Do24/UPTC, apresentam falas convergentes sobre o primeiro momento em que realizam uma abordagem dos conteúdos teóricos e posteriormente o desenvolvimento das atividades práticas no cenário da AB.

> [...] a gente **aborda assuntos referentes a gerência de enfermagem** e faz esse link, tanto com o contexto da atenção hospitalar, quanto com o **contexto da Atenção Primária, Atenção Básica, pra que esse discente ele possa ter a noção, teoria pra que ele possa ter o saber e quando chegar na prática ele realmente fazer essa associação** (Ent. Do5).

> **Na teoria a gente discute todos aqueles assuntos que estão relacionados à política do Sistema Único de Saúde, à política de**

> **saúde, que envolve a questão do SUS, do financiamento, do modelo de gestão, do processo de trabalho, que entra na questão das vigilâncias,** que é outro tema importante pra gente discutir; a questão da **Atenção Primária**, então não dá pra você pensar na Atenção Primária se você não insere as vigilâncias, senão você não teria um Sistema Único de Saúde **pensando na integralidade, porque é exatamente o que, você tem o campo da assistência mas se você não tem a vigilância** (Ent. Do9).

> [...] **ellos la primera semana pues están viendo componente teórico, van y hace su visita de campo,** vienen **analizamos,** eh, que encontraron en las visitas de campo [...] la **metodología sobre la cual se está estructurando los proyectos,** es marco lógico, tonces venimos, revisamos literatura [...] **obviamente las últimas semanas de, de, del espacio que son seis semanas pues ya ellos hacen trabajo netamente con la comunidad,** pero en las otras diez pues ellos están como **interactuando entre, entre la comunidad y el espacio teórico con nosotros los profesores** (Ent. Do24).

Complementando as falas desses docentes, o discente, Ent. Di15/UEFS, menciona que os componentes curriculares no contexto da APS/ABS, têm uma carga horária teórica que é desenvolvida na Universidade e só posteriormente quando os discentes são divididos em grupos dão início às atividades nos campos de prática.

> **A gente tem um mês ou dois meses de aula teórica, só aqui na UEFS, aí a gente tem as divisões dos grupos de prática**, aí a gente é distribuída de acordo com a quantidade de professores e com a quantidade de campo de prática, aí nós vamos para as unidades né? (Ent. Di15).

Os dados apresentados pelos entrevistados docentes e discentes referentes à estrutura dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, explicam como ocorre a inserção do discente antes de irem aos campos de práticas e ou estágios: no primeiro momento os docentes do Curso realizam as sessões teóricas, onde são abordados os conteúdos e tópicos fundamentados nas políticas de atenção à saúde da população por ciclo de vida, e as atividades assistenciais e gerenciais da enfermeira no contexto da APS/ABS.

Entretanto o Doc-13, "Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001" (BRASIL, 2001) estabelece que a estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem necessitará assegurar:

- a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido,

levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde doença;

- as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação da enfermeira, de forma integrada e interdisciplinar;

- a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

- os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

- a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

- a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constituem atributos indispensáveis a formação da enfermeira;

- o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais; · a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no discente e na enfermeira atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade;

- a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

Complementado as experiências relatadas, os Ent. Do7/UEFS e Ent. Do2/UEFS comentam que no Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, a estrutura do componente curricular Estágio Supervisionado I, tem uma carga horária extensa e compreende três fases didáticas: diagnóstica, formativa e somativa, com o objetivo de acompanhar a evolução do desenvolvimento e crescimento do discente no sentido de dar respostas positivas à sua formação (competências, destrezas, habilidades), como também resolubilidade às necessidades de saúde da população assistida.

> A minha disciplina ela é uma disciplina relativamente de **carga horária extensa, uma disciplina de 450 horas, totalmente estágio**, mas nós professores a gente acaba pegando dessas 450 horas umas 50, 60 horas pra fazer assim como se fosse revisões gerais do conteúdo pra que o aluno não entre assim no primeiro dia na unidade (Ent. Do7).
>
> [...] então a gente no componente estágio se divide em **três fases**, a gente chama de **fase diagnóstica, que a primeira que ele vai fazer**

> **levantamento de problemas, análise situacional, realidade epidemiológica da área, para conhecer a realidade que ele vai intervir, que é um breve momento geralmente são 50 horas**, em duas semanas ele conclui, depois vem a **fase formativa, que é onde ele já viu o processo de trabalho do enfermeiro, ele já viu como é que ele faz a consulta, já sabe a rotina e ele começa a fazer junto ou em dupla, o junto com o enfermeiro** que a gente chama de preceptor da rede, o junto com o supervisor que é o professor, então ele fica livre para já exercitar e um terceiro momento que a gente quer que ele complete em quanto ao objetivo é a **fase só somativa que aí são mais horas, ele já faz sozinho, então é a parte assistencial, gerencial, educativa e pesquisa que tem que entregar ao final em grupo** (Ent. Do2).

Além do mais, o Ent. Do9/UEFS afirma que as atividades práticas dos componentes curriculares no contexto da APS/ABS são realizadas em diferentes cenários como Consultório de Rua, Atenção Domiciliar, Estratégia em Saúde da Família, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, da Vigilância em Saúde do Trabalhador e Controle Social (Conselho Municipal de Saúde).

> Como eu lhe falei, ele vai lá pra **Atenção Primária, vai pra Estratégia de Saúde da Família,** mas ele conhece também outros setores. Como eu falei, a equipe do **Consultório de Rua, a Atenção Domiciliar**, a questão do **Controle Social**, ta certo? As vigilâncias; como é que é feito, como é que se operacionaliza a questão da **Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, da Vigilância em Saúde do Trabalhador** e estes são setores fundamentais pra você construir a Atenção Primária. Sem as vigilâncias, você não teria uma Atenção Primária que pense a promoção (Ent. Do9).

As falas do Ent. Do7/UEFS, Ent. Do2/UEFS e do Ent. Do9/UEFS esclarecem que o componente curricular Estágio Supervionado I concentra a maior carga horaria (450h) dos componentes enfocados no contexto de APS/ABS, horas que são destinadas para o desenvolvimento das atividades práticas, com a disponibilidade de (50h) para a realização de revisões gerais de conteúdo.

Retornamos a tais fases didáticas e as definimos ou as caracterizamos, quando executadas no decorrer das atividades práticas desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde/USF por parte do discente com a supervisão do docente e da preceptora enfermeira da unidade saúde da família, a seguir:

- <u>fase diagnóstica</u> quando o discente identifica os problemas de saúde e faz a análise situacional da realidade epidemiológica;

- fase formativa momento em que o docente e ou o preceptor supervisionam a atuação do processo de trabalho (ação erroneamente interpretada, muitas vezes vistas como uma avaliação de identificação dos erros, de cobrança punitiva de ações do discente) com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento do discente, dando-lhe informações e orientações com o objetivo de reorganizar/melhorar e promover o processo de ensinar e de aprender no sentido de atender as necessidades dos discentes para o planejamento estratégico situacional, e execução.

- fase somativa orientada para a resolução dos problemas mediante a assistência de Enfermagem, a gerência, a pesquisa, a educação em serviço e a educação em saúde. Aquela em que, segundo Villas Boas (2011), determina a efetividade das atividades completadas no processo de ensinar e de aprender.

Entretanto, apesar das referidas fases, concordamos com Costa e Germano (2007) que os estágios curriculares supervisionados necessitam ser contemplados como um procedimento didático que oportuniza situar, observar e aplicar criteriosa e reflexivamente princípios e referenciais teóricos-práticos assimilados no curso, sendo imprescindível o inter-relacionamento multidisciplinar entre teoria e prática, sem perder de vista a realidade na qual está inserido, até porque é uma situação diferente da prática, ou aula prática.

No Doc- 13, “Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001” (BRASIL, 2001), na formação da enfermeira, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o Estágio Supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do discente em Estágio Supervisionado pelo docente, será assegurada efetiva participação de enfermeiras do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio, de mínimo 500 horas, realizado nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Além disso, o Doc-10, “Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008” (BRASIL, 2008) no seu Artigo 1° define o Estágio como um ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino

fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos, ademais estabelece que:

1° O estágio faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando.

2° O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

Dessa forma, o Doc-14, "Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana" (FEIRA DE SANTANA, 2017) refere que o componente curricular Estágio Supervisionado I consiste numa etapa de formação profissional em que o discente do curso de Enfermagem precisa executar atividades em unidades de saúde públicas ou privadas, mediante supervisão, com o objetivo de adquirir maior experiência e pôr em prática os conhecimentos teóricos adquiridos no decorrer do curso, preparando-os para o exercício da futura profissão. Esta deverá ser desenvolvida com carga horária de 450 horas na rede básica de saúde com os seguintes objetivos:

- inserir o discente nas unidades de saúde como sujeito do processo de construção de uma prática de Enfermagem transformadora;

- incentivar as pesquisas a partir de situações problemas surgidas em campos de estágio;

- oportunizar a interação entre a teoria e a prática a partir do conhecimento adquirido;

- capacitar o discente para o desenvolvimento de atividades educativas, assistenciais, gerenciais e de pesquisa;

- desenvolver no discente a capacidade crítica para atuar dentro do contexto do Sistema Único de Saúde, baseando-se nas políticas públicas de saúde e considerando as bases ético-legais e humanísticas da profissão;

- capacitar o discente para o planejamento no processo de gestão da rede básica;

- integrar as atividades docentes – assistenciais, fortalecendo o compromisso entre as instituições de ensino e as unidades de saúde e

- utilizar o processo do cuidar pautando-se no compromisso ético-humanista da prática da enfermagem.

Objetivos dos Componentes Curriculares- UEFS e UPTC

Com referência aos objetivos dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, o Ent. Do6/UEFS, Ent. Do11/UEFS e o Ent. Do24/UPTC comentam que estão dirigidos a conhecer as principais políticas públicas de saúde, identificar a estrutura e articulação dos serviços de saúde e entender as ações/atividades da enfermeira, deixando explícita a importância da formação da enfermeira para atuar na área da APS/ABS.

> O objetivo na verdade é realmente **formar um enfermeiro capaz de atuar na unidade de saúde da família**, **capaz de atuar na Atenção Básica**. Então, fazer com que se forneça subsídios para que esse aluno ele tenha, ele forme habilidades para atuar na atenção básica, que tenha a capacidade de desenvolver as atividades que são inerentes ao enfermeiro na atenção básica, aí vem gerenciar, assistir, educar e pesquisar também porque a gente tem essa função (Ent. Do6).

> A gente vários objetivos e um deles é esse é discutir exatamente eles **compreenderem o papel do enfermeiro no contexto do sistema local de saúde no âmbito da Atenção Básica** especificamente na estratégia saúde da família que nosso cenário são todos unidades de saúde da família, **conhecer as principais políticas de fortalecimento as principais estratégias de fortalecimento da Atenção Básica em saúde que são desenvolvidos e implementados no município** é eles chegam a a fazer assim eles não fazem a territorialização você sabe que precisa de uma carga horaria muito grande né meses pra se fazer uma boa territorialização a gente não oportuniza isso porque não dá tempo (riso) é (Ent. Do11).

> […] identificar ese, ese, **ese papel,** ese **o ese rol que tiene el profesional en Salud Pública** en el, **en el diseño y en la construcción de programas que realmente permitan resolver, eh, necesidades en la comunidad ¿sí?** esa **capacidad de construir un proyecto** ¿sí? **con indicadores, con formas de evaluación** […] aquí hacemos un énfasis en la importancia de **construir el indicador y como lo va a sistematizar para luego medir el efecto de lo que hizo** (Ent. Do24).

Outrossim os Ent. Do3/UEFS, Ent. Do8/UEFS e Ent. Do27/UPTC complementam estas falas ao sinalizarem outros objetivos como estudar a historicidade do processo saúde – doença, “capacitar o discente para acolher as pessoas”, “ entender la salud como um hecho histórico, social, cultural”.

> Porque assim o objetivo dessa disciplina na sua ementa ela traz essa questão da **historicidade do processo saúde-doença**, ou desculpe, a historicidade é... Da saúde, ela traz a organização do sistema de saúde até chegar aos dias atuais. Então a gente contextualiza e situa o aluno, a gente termina a disciplina, inclusive a gente deixa para fazer a prática depois que ele traz mais elementos, e a gente termina na prática apresentando a rede para eles (Ent. Do3).

> Os principais objetivos da disciplina, o primeiro é **capacitar o nosso discente para acolher as pessoas na porta de entrada, que eles reconheçam a importância da prevenção da doença e da promoção da saúde, é a principal finalidade.** E eu falo mais especificamente no pré-natal, por exemplo, é o programa no qual a gente está lidando com duas vidas, mãe e feto, e aí a gente começa a **trabalhar todo o processo de prevenção de doenças,** prevenção de parto prematuro prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, então o objetivo principal da nossa disciplina é **acolher as pessoas que entram por essa primeira porta de entrada**, nesse ciclo de vida com essas atividades que eu já relatei anteriormente (Ent. Do8).

> […] **entender la salud como un hecho histórico, social, cultural,** que es un**, que es un fenómeno multidimensional** y que, y que ha sido, ha **cambiado a través del tiempo** ¿sí? entonces **esa parte histórica de la Salud Pública**, eh, **entender** que, que eso también tiene que tener un componente, una naturaleza política, como la toma de decisiones y que no solamente le corresponde a un solo profesional, ni a una sola disciplina, sino que implica trabajar con otras disciplinas y con otros sectores pensando siempre en mejoramiento de condiciones de vida, digamos que eso es un poco la idea general del programa ¿sí? eh, yo lo podría resumir así (Ent. Do27).

Tais falas são complementadas pelo Ent. Di14/UEFS, ao expressar que o principal objetivo é formar o discente com uma visão diferenciada da Atenção Básica, com uma compreensão da sua importância para o cenário de saúde no Brasil, já que a APS facilita o atendimento básico e melhora a qualidade de vida da população.

> Eu acho que **os principais objetivos é levar uma forma de que nós estudantes tenha uma visão diferente da Atenção Básica e o quanto ela é importante para o cenário saúde no Brasil**, o quanto ela pode **facilitar e também ajudar a gente poder ter uma melhora na questão de atendimento básico, melhora na qualidade de vida** (Ent. Di14).

Ao resgatarmos essas falas, vemos que elas deixam uma perspectiva de formar o discente para o enfrentamento do processo saúde-doença dentro da sua singularidade, do momento de cada um, além de capacitá-lo para acolher as pessoas na primeira porta de entrada do sistema de saúde, como também reforçam a importância de conhecer as principais

políticas e estratégias de fortalecimento da Atenção Básica, desenvolvidas e implementadas no município.

Entretanto, vemos que na prática é essencial distinguir a articulação da Estratégia de Saúde da Família com os demais níveis de atenção, compreender a estrutura do sistema local de saúde, a referência e contrarreferência de acordo com as demandas de usuários como também debater a elaboração de instrumentos de gestão do SUS na prática profissional, compreender e discutir o protagonismo da enfermeira no contexto do sistema local de saúde no âmbito da Atenção Primaria à Saúde, formar um profissional ético, comprometido e responsável com o usuário.

Diante do panorama apresentado, Teixeira e outros (2013) analisam que a Enfermagem é uma das profissões que tem como essência e peculiaridade o cuidado ao ser humano, sendo fundamental na AB, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, com o desenvolvimento de amplas ações de saúde, exercendo atividades de organização e gerenciamento de grupos específicos de indivíduos, famílias e dos insumos necessários para o pleno funcionamento do serviço.

Além do mais, a atuação da enfermeira na AB precisa estar baseada na busca por uma assistência integral e contínua, enxergando o usuário como um ser integral, não como fragmentos que necessita de um cuidado repartido, proporcionando com isso melhor resolutividade dos problemas de saúde da população, intervindo com base no conhecimento das necessidades sociais de saúde, a partir do estabelecimento de parcerias intersetoriais, práticas humanizadas e desenvolvimento de vínculo entre profissional.

O estudo “Protagonismo do enfermeiro na atenção básica de saúde” (SOUSA et al., 2020) salienta que a metodologia de trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde está baseada na relação interdisciplinar e multidisciplinar da equipe, além do desenvolvimento de atividades preventivas, educativas e administrativas, como também as ações de coordenar e supervisionar os auxiliares de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); inclusive ressaltam outras práticas da enfermeira na assistência direta às ações da Estratégia de Saúde da Família, não só como gerenciadora do cuidado, mas também de serviços. Tais ações concentram-se também pela integralidade do cuidado que envolve o olhar ampliado do processo saúde-doença, partindo das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e demais

grupos sociais da comunidade, levando em consideração seus modos de viver e de enfrentar os agravos de saúde.

Também, o Doc-15, "Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia" (TUNJA, 2010-2019) especifica que o Curso de Graduação em Enfermagem tem como finalidade a formação integral de profissionais competentes na área humanística, científica e técnica, com princípios éticos e valores para o cuidar, fomentar o cuidado e o autocuidado nas pessoas, famílias e comunidades.

Dando sequência aos objetivos dos componentes curriculares/disciplinas com práticas na APS/ABS, apresentamos o exemplo da Saúde Mental nas falas dos Ent. Do4/UEFS e Ent. Do30/UPTC, com seus objetivos focados em apresentar ao discente a história da loucura e conhecer as atividades e intervenções do profissional da Enfermagem nessa área.

> Mas, em linhas gerais a **disciplina, ela tem o objetivo de, é** […] provocar reflexões a respeito da saúde mental, né? E o do contexto do adoecer psíquico também. Ela tem o objetivo de […] não é capacitar, mas de... fornecer subsídios para o **estudo do contexto histórico sobre a loucura, do contexto histórico sobre a saúde mental.** É […] **Tem o objetivo de capacitados para lidar com aspectos relacionados de prevenção e promoção da saúde mental, realizar a sistematização da assistência de enfermagem ao sujeito que tem um transtorno psíquico,** bem como a **formulação de estratégias, de propostas que venham a formar nos serviços que eles se inserem,** e até mesmo em outras estruturas, acadêmicas **e de outros serviços comunitários que possam fornecer saúde mental** nos ambientes que eles possam vir a se inserir, né? Independente de ser especializado em saúde mental.? (Ent. Do4).

> […] **contextualizar acerca de una perspectiva histórica como con una línea del tiempo, emm, qué ha sido la salud mental, los paradigmas en psiquiatría y el cuidado de enfermería ¿sí?** emm, se hace necesario también sensibilizar, y etc., eh, **reflexionar acerca de, de lo que es la normalidad y anormalidad** ¿cierto?. Otro objetivo, son muchos es **reconocer el rol de Enfermería en salud mental y psiquiatría ¿cierto? emm, brindar orientaciones básicas acerca de la valoración** que, digamos se les hace ver a ellos que la atención en salud mental o la, la, si la atención no es esa biomédica ¿cierto?, ¡ay enfermedad […] (Ent. Do30).

As falas dos Ent. Do4/UEFS e Ent. Do30/UPTC explicitam os objetivos do componente curricular de Saúde Mental do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, como estudar o contexto histórico da loucura e a saúde mental; provocar nos

discentes reflexões a respeito da saúde mental e o adoecer psíquico; capacitar para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde mental e prevenção da doença; realizar a sistematização da assistência de Enfermagem ao sujeito que tem um transtorno psíquico; apresentar a importância da empatia e do cuidado do sujeito na área da saúde mental e o cuidado do próprio profissional da Enfermagem, bem como a formulação de estratégias**.**

Na Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Portanto, o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico.

Assim, tendo em vista que a Atenção Primária constitui um plano privilegiado para o cuidado das necessidades em saúde mental, a enfermeira, com atuação no serviço, de acordo com Souza e Afonso (2015) precisa estar preparada para o atendimento aos portadores de transtornos mentais, auxiliando a reduzir os danos envolvidos e possível hospitalização dos mesmos, a fim de garantir uma assistência eficaz e promover a saúde, sem perda da dignidade dos portadores de sofrimento mental.

Para dar cumprimento com tais demandas, o Doc-14, “Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana” (FEIRA DE SANTANA, 2017) especifica que o componente curricular Saúde Mental e do Adoecer Psíquico tem como objetivo oportunizar o desenvolvimento de ações de Enfermagem voltadas para a promoção da saúde, detecção e prevenção de riscos e agravos à saúde mental da população e conhecer a intervenção de Enfermagem junto ao indivíduo com dificuldade de integração, em decorrência de distúrbios psíquicos, na comunidade e/ou serviços especializados.

Por outro lado, o Doc-15, “Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia” (TUNJA, 2010-2019) salienta que o objetivo do componente curricular Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria esta

orientado para reconhecer na pessoa condições subjetivas e intersubjetivas pois a família, o grupo, e a comunidade, constituem-se no eixo para o seu desenvolvimento. Além disso, abordar o cuidado da saúde mental de forma integral, proteger e conservar a saúde mental e fortalecer as iniciativas e programas enfocados para a prevenção de transtornos, recuperação e reabilitação das pessoas que padecem a patologia.

Diferentemente das demais falas analisadas, a fala do Ent. Do9/UEFS especifica que os objetivos dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, no contexto da APS/ABS, ajustam-se a entender os modelos de atenção à saúde, o processo de trabalho em saúde e as concepções do processo saúde-doença.

> São vários, vou destacar aqui alguns. Nós temos objetivos no sentido que o aluno deve – porque tem habilidades e tem competências - mas é, acima de tudo, **conhecer o processo de trabalho em saúde**, **discutir as diversas concepções explicativas do processo saúde-enfermidade, entender como é que se dá o financiamento da saúde, resgatar, por exemplo, a discussão dos modelos de atenção à saúde, porque sem os quais, você vai ter problema lá no campo da perspectiva da Atenção Primária** (Ent. Do9).

No contexto da APS/ABS, o Ent. Do9/UEFS tem uma concepção mais ampla e diferente de outros entrevistados (Ent. Do6/UEFS, Ent. Do11/UEFS, Ent. Do24/UPTC, Ent. Do3/UEFS, Do8/UEFS, Do27/UPTC, Do14/UEFS e o Ent. Do4/UEFS), mediante a compreensão que os objetivos estão dirigidos a conhecer o processo de trabalho em saúde, debater sobre as diversas concepções e panoramas do processo saúde-doença, apreender sobre o processo de financiamento da saúde, resgatar a discussão dos modelos de atenção à saúde e discutir como o protagonismo e trabalho do discente na concepção da saúde e na perspectiva de uma sociedade libertária e socialista, permite resolver o problema da saúde.

Neste sentido concordamos com Ferreira, Fiorini e Crivelaro (2010) que é importante os saberes e práticas da APS inseridos, assim como também experenciados e vividos durante o processo de formação da enfermeira e demais profissionais saúde, frente o propósito transformador e emancipador que o docente poderá influenciar na educação desses futuros trabalhadores, com a adequada articulação entre o sistema de saúde, suas várias esferas de gestão e as universidades. Ademais, as instituições formadoras, ao mesmo tempo em que os dirige nessa construção do saber, poderão contribuir no repensar e no fazer da sua prática em saúde.

Do mesmo modo, Fracolli e Castro (2012) referem que o processo de ensino busca privilegiar, na formação da enfermeira, o reconhecimento do impacto das diferentes inserções sociais no processo saúde-doença dos indivíduos e comunidades, tendo o foco para a superação do processo saúde-doença socialmente determinado, se levarmos em consideração questões sobre desigualdade, assistencialismo e empoderamento.

O estudo "Protagonismo do enfermeiro na atenção básica de saúde" (SOUSA et al., 2020) salienta que a metodologia de trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde está baseada na relação interdisciplinar e multidisciplinar da equipe, além do desenvolvimento de atividades preventivas, educativas e administrativas, como também as ações de coordenar e supervisionar os auxiliares de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); inclusive ressaltam outras práticas da enfermeira na assistência direta às ações da Estratégia de Saúde da Família, não só como gerenciadora do cuidado, mas também de serviços. Tais ações concentram-se também pela integralidade do cuidado que envolve o olhar ampliado do processo saúde-doença, partindo das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e demais grupos sociais da comunidade, levando em consideração seus modos de viver e de enfrentar os agravos de saúde.

Conteúdos Teóricos e Práticos da APS/ABS

Com relação aos conteúdos teóricos e práticos dos componentes curriculares no contexto da APS/ABS, segundo os Ent. Do3/UEFS, Ent. Do9/UEFS e Ent. Do24/UPTC descrevem que estão concentrados em tópicos relativos à historicidade, evolução e conceito do processo saúde-doença, determinantes sociais em saúde, construção do conceito da Atenção Primaria à Saúde e Atenção Básica, as políticas, organização e financiamento do sistema de saúde.

> [...] então nós trabalhamos **essa evolução do processo saúde-doença**, **essa construção, na perspectiva histórica, social e política.** Nós articulamos também como eu disse com a disciplina do primeiro semestre e aí depois a gente entra com esse **conceito de Atenção Básica e Atenção Primária**…. Então a gente vem trabalhando a evolução, traz a evolução, processo saúde-doença, o conceito, a construção do conceito da atenção básica, atenção primária, para depois a gente chegar a questão **das políticas, entra nas políticas** (Ent. Do3).

> Na teoria a gente discute todos aqueles assuntos que estão relacionados à **política do Sistema Único de Saúde**, **à política de saúde**, que envolve a questão do SUS, **do financiamento, do modelo de gestão, do processo de trabalho**, que entra na questão das **vigilâncias**, que é outro tema importante pra gente discutir; a questão da **Atenção Primária** (Ent. Do9).

> […] los temas grandes son, eh, **determinantes sociales en salud**, todas la parte de bueno, **historia de la Salud Pública,** la parte de, **historia natural de la enfermedad** pero desde cómo, lo, el nuevo modelo que propone OMS que no es solo mirarlo desde, desde lo que habla sumercé **proceso salud enfermedad** sino **cómo influye el entorno**, **como influyen los determinantes sociales en ese proceso salud enfermedad y como desde ahí se, se establecen los niveles de prevención** […] **el área de APS junto con promoción de la salud** pues hay cosas ahí que no, no funcionan, eh, viene un componente grande de **Vigilancia en Salud Pública,** eh, la parte de, eh, de que, de, ahora se me fue la paloma, mmm, **marco lógico** […]**Vigilancia Epidemiológica, toda la parte de epidemiologia social** también se trata de trabajar ahí (Ent. Do24).

Complementando esses conteúdos teóricos práticos abordados na APS/ABS, o discente da UPTC, Ent. Di34, faz referência ao Modelo de Atenção Integral à Saúde (MIAS), que faz parte da Política de Atenção Integral à Saúde (PAIS), Rotas Integrais de Atenção em Saúde, Planejamento de Intervenções Coletivas e o Programa Ampliado de Vacinação.

> […] eh, **resoluciones, Programa Ampliado de Inmunización**, así de los que recuerdo a grosso modo que nos, que nos dieron en esa semanita que tuvimos de teoría, bueno claro que yo también vi en, en mi internado todo lo que era **MIA, la construcción de RIAS, PIC**, eh, por ejemplo **manual de PAE** […] cómo manejar ese plan de cuidado en Atención Primaria, eh, y creo que pues de lo que recuerdo eso, ah, **aseguramiento del plan, eh, de seguridad social acá en Colombia** y no recuerdo en este momento más (Ent. Di34).

Para o Ent. G13/UEFS esses conteúdos convergem com o marco conceitual dos componentes curriculares no contexto da APS/ABS no Curso de graduação de Enfermagem da UEFS, uma vez que leva em consideração o conceito da Atenção Primária à Saúde, a promoção de saúde, a assistência preventiva, as diretrizes e princípios do SUS, o processo de descentralização do SUS, a reforma sanitária da década de 1970, e os determinantes sociais da saúde.

> **O marco conceitual é o conceito em relação à Atenção Primária vem com todas as diretrizes do SUS, então a partir da reforma sanitária na década de 70,** de todo o processo de descentralização no sistema único de saúde, das suas diretrizes e seus princípios, mas esse é o marco conceitual que fez com que viesse a ter esse olhar da **assistência**

> **preventiva e de promoção de saúde** [...] a gente trabalha muito com a prevenção e com a lógica dos **determinantes sociais** para que as pessoas tenha uma qualidade de vida bem melhor (Ent. G13).

Complementando esta fala, especificamente sobre os conteúdos teóricos e práticos dos componentes curriculares no contexto da APS/ABS, segundo o Ent. Do6/UEFS os conteúdos assistenciais do processo saúde-doença são voltados para os ciclos vitais no processo do trabalho da enfermeira na Atenção Básica.

> No início do semestre, aí teve saúde do homem, isso voltado para a assistência. **Saúde do homem**, **saúde da pessoa idosa, saúde da criança, saúde da mulher que aí envolve, pré-natal, planejamento familiar, exame ginecológico, saúde do adolescente**.... Nós tivemos também, **processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica**, como se dá a prescrição, é feita a prescrição pelos enfermeiros e a capacitação com um responsável técnico de **imunização** sobre imunização (Ent. Do6).

Nos chamou atenção nas falas dos Ent. Do3/UEFS, Ent. Do9/UEFS, Ent. Do24/UPTC, Ent. Di34/UPTC, Ent. G13/UEFS e Ent. Do6/UEFS, a relevância da abordagem de conteúdos teóricos e práticos dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS permeada por assuntos da área de política de Estado como Política do Sistema Único de Saúde (diretrizes, princípios e o processo de descentralização), Política Nacional de Atenção Básica, Política de Atenção Integral à Saúde, Política de Assistência Farmacêutica, Política Nacional de Recursos Humanos, além de não menos importantes assuntos que transversalizam essas políticas como a Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador, modelo de gestão e financiamento do sistema de saúde.

Além de outros assuntos como gerenciamento da unidade, controle social, acolhimento, nível secundário e terciário numa visão global da saúde, processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica, campo hegemônico dentro das práticas de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, terceirização dos serviços de saúde, a educação popular, a atenção à saúde da população negra, as práticas alternativas e o sistema de referência e doenças como ZIKA, Chikungunya, Dengue, Febre amarela.

Concretamente, vimos *in loco* alguns desses conteúdos teóricos referidos pelos Ent. Do3/UEFS, Ent. Do9/UEFS, Ent. Do6/UEFS e o Ent. G13/UEFS durante a nossa observação nas aulas e atividades práticas propriamente ditas sobre o fazer da Enfermagem na APS. Os conteúdos teórico-práticos desenvolvidos pelas docentes e discentes compreenderam

temáticas sobre as políticas públicas em saúde, Estratégia de Saúde da Família, Norma Operacional Básica 2001, os critérios e códigos para a elaboração de escalas de distribuição do pessoal da Enfermagem no serviço de saúde, e as características do processo de trabalho da enfermeira na APS, destacando as seguintes atividades:

- adscrição de clientela,
- territorialização,
- diagnóstico de a situação de saúde da população,
- planejamento baseado na realidade local.

Observamos ainda que na consulta de Enfermagem os docentes e discentes desenvolveram atividades de educação em saúde junto com a população, envolvendo temas sobre a promoção de saúde da criança como:

- aleitamento materno exclusivo,
- refrações e horários na alimentação complementar e
- esquema de vacinação.

Por outro lado, as atividades de prevenção de doença foram encaminhadas ao ensino de doenças virais como a Hepatite, considerando a definição da doença, causas, sintomas, tipos de Hepatites, formas de transmissão de cada tipo de Hepatites, vacina, teste rápido para Hepatites B e C, e os recursos e materiais disponibilizados pelo Estado para a prevenção da doença.

Neste contexto, os Ent. Do12/UEFS, Ent. Do8/UEFS e Ent. Do22/UPTC complementam o comentário anterior, ao aludirem que os conteúdos teóricos e práticos estão focados na Política Nacional de Atenção à Saúde da mulher, a criança e ao adolescente.

> De forma geral, não sei se eu lembro todos, porque tem alguns que as vezes muda, por causa da especificidade do professor, mais dentro da saúde da criança a gente trabalha **política nacional de atenção à saúde da criança, a gente trabalha o recém- nascido a termo**, ou seja característica de um recém-nascido normal, não é patológico, nesse momento ele aprende o recém-nascido normal, a gente trabalha **crescimento e desenvolvimento da criança,** a gente trabalha **alimentação da criança, no adolescente**: a gente trabalha o **crescimento e desenvolvimento do adolescente, os aspectos psicológicos do adolescente e a política de atenção ao adolescente** (Ent. Do12).

> Os nossos conteúdos teóricos, a gente tenta introduzir uma visão epidemiológica da situação e depois da visão epidemiológica a gente traz a clínica, clinica mesmo. Por exemplo, a gente vai falar de **pré-na**tal,

> então eu trago a **clínica da gestação da paciente, de diagnóstico da gravidez, depois do pré-natal.** Quem vai trabalhar em **ginecologia**, a professora [...] por exemplo, ela já traz **políticas públicas de atenção ao câncer de mama, câncer de colo de útero e depois sobre a coleta do PapaNicolau**. Professora [...] que vai trabalhar com imunização traz **as políticas públicas de imunização** primeiro, discute e depois vai para prática, assim como depois de reprodutiva, traz o **conceito e as políticas públicas de saúde reprodutiva e os métodos contraceptivos**. E professora [...] na **atenção integral à saúde da criança** também entra nesse bloco que fala de imunização, fala de **alimentação, dos primeiros cuidados com o recém-nascido** e depois vai aplicar isso em capo (Ent. Do8).

> En lo de **cuidado a la mujer y el recién nacido**, eh, tenemos unos primeros elementos que son unos elementos de conceptos generales en el que manejamos lo de **determinantes sociales en la salud sexual y reproductiva y en la salud materno perinatal,** después venimos con algunos elementos, eh, conceptuales también de lo que tienen que ver con **el género**, pues un poco con lo que tiene que ver con los **enfoques grande de la salud, de la salud en Colombia, enfoque diferencial, enfoque de género**, todos estos enfoques que ayudan a comprender los **procesos de salud enfermedad en el país**; después empezamos ya con todo lo que tiene que ver con los elementos de la **ruta de promoción y mantenimiento de la salud en las mujeres, es decir la planificación familiar, en detección de cáncer de cérvix con todo lo que tiene que ver con la citología, detección de, bueno el cáncer de mama**(Ent. Do22).

Em convergência às falas desses docentes, o discente, Ent. Di16/UEFS, afirma que os conteúdos teóricos e práticos abordam o planejamento familiar, a puericultura, o cuidado da saúde da mulher, a criança e adolescente, as doenças crônicas, a tubérculos e como agendar e digitalizar família.

> **Planejamento familiar, criança puericultura, adolescente,** geralmente são, que aqui tem um PSE (Programa de Saúde na Escola) também é da atenção básica conteúdo **doenças crônicas, tem também tuberculose**, que agora descentralizou, que antes aqui em Feira de Santana era centralizado, mas com essa descentralização também, descentralizou **assim só para agendar e digitalizar família, então isso também ampliou nosso olhar para Atenção Primária, que saúde da mulher também falei, mas é preventivo ne?** (Ent. Di16).

Considerando-se tais falas vemos que os conteúdos teóricos e práticos dos componentes curriculares na APS/ABS estão direcionados aos tópicos que compreendem a saúde sexual e reprodutiva da mulher, planejamento familiar, ginecologia preventiva, diagnóstico da gravidez, aspectos fisiológicos da gestação, abordagem sindrômica, patologias mamárias, câncer de ovário e de colo uterino. Do mesmo modo, esses conteúdos incluem

temas sobre o recém-nascido normal e patológico, crescimento e desenvolvimento da criança, alimentação da criança, crescimento e desenvolvimento do adolescente, os aspectos psicológicos do adolescente, imunização da criança e vacinação.

Durante a nossa observação, verificamos o cumprimento na abordagem dos conteúdos teóricos descritos, na sala de aula- Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I, no desenvolvimento de temáticas referentes à Alimentação Infantil:

- Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), - aleitamento materno,
- transição do aleitamento materno para a alimentação complementar,
- critérios para uma boa alimentação,
- tipos de alimentação,
- vantagens da alimentação natural,
- horários e refração,
- higiene no preparo dos alimentos,
- alimentação na criança doente e
- Excessos e ausência

Também na prática foi possível observar a conexão dos conteúdos teóricos práticos, inclusive tivemos oportunidade de observar uma intervenção educativa sobre a cólica do bebê na consulta de Enfermagem, abordando informações sobre as causas da cólica, manifestações clínicas da cólica do bebê, técnicas físicas para aliviar as cólicas no bebê, preparações naturais e alimentos para melhorar os sintomas da cólica, banho especial para relaxar a criança, método canguru, alimentação saudável da criança, vacinação e consumo de vitaminas.

Entretanto, apresentamos uma fala divergente a respeito dos entrevistados anteriores, considerando-se o processo saúde doença já que neste estudo estão explicitados os conteúdos teóricos e práticos dos componentes curriculares no contexto da APS/ABS do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS focalizam temáticas da história e concepção da loucura e a saúde mental, a política de saúde mental e a rede de atenção psicossocial, mas com um enfoque massivo na doença.

> Então vamos lá... A disciplina, ela perpassa a **concepção da loucura**, o que é a loucura, o que é ter **saúde mental**. Nós temos a **reforma psiquiátrica**, nós temos a **história da loucura, anamnese psiquiátrica, anamnese e exame físico psiquiátrico**. Nós temos após isso... A gente começa a se inserir nos **transtornos** propriamente ditos, né? **Transtorno**

> **do pensamento, transtornos alimentares, transtornos por uso de substâncias psicoativas**, tem que falar todos? (Ent. Do4/UEFS).

Uma realidade divergente da fala do Ent. Do4/UEFS é a do Ent. Do30/UPCT, com um enfoque à APS em Saúde Mental voltado para família determinante psicossociais, socioeconômicos e ambientais, com novo modelo de atenção integral, descrita a seguir.

> Bueno, yo tengo acá el programita, bueno lo tengo, mmm, en el silabo como tal separado, pero también lo tengo aquí, mm, dice, mire lo tengo de primeras, **Atención Primaria en Salud mental con enfoque familiar, determinantes psicosociales y socioeconómicos y ambientales que influyen en la salud ¡ah!, nosotros estamos teniendo en cuenta también el, el nuevo modelo de atención integral en salud, el MIAS** (Ent. Do30/UPTC).

O estudo, "A formação profissional do enfermeiro: Avanços e desafios para a sua atuação na Atenção Primária à Saúde" (MONTENEGRO, 2010) analisa que existe a necessidade de buscar novos conteúdos no contexto da APS/ABS, com a finalidade de acompanhar as condições de saúde da população que constantemente se modificam.

No que diz respeito ao Doc-15, "Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia" (TUNJA, 2010-2019) o Curso de Graduação em Enfermagem fundamenta-se nos elementos conceptuais próprios do fazer e do conhecimento da Enfermagem, esses conteúdos abrangem:

- Concepção do ser humano
- Sociedade
- Processo saúde- doença
- Cuidado e autocuidado
- Enfermagem
- Ética do cuidado de Enfermagem
- Trabalho coletivo
- Interdisciplinaridade

Concepção Saúde-doença no contexto da APS/ABS

No tocante à concepção saúde-doença dos componentes curriculares no contexto da APS/ABS, os Ent. Do2/UEFS, Ent. Do5/UEFS e o Ent. Do9/UEFS tem falas convergente

sobre sua concepção, considerada a partir do cenário histórico, a Reforma Sanitária, e os determinantes sociais da saúde.

> **Saúde-doença, sempre multicausal, não é**... **A gente não enfoca só na doença como no sentido da patologia** e outras necessidades que não são também orgânicas **a gente trata como um processo de doença, as questões sociais ne?** (Ent. Do2).

> [...] mas eu acredito mais nessa questão trabalhada pelo **movimento da reforma sanitária, que apresenta o processo de saúde doença como uma influência de fatores de aspectos que estão relacionados, de condicionantes até como eles colocam né, que é a questão da educação, da renda, do trabalho, da moradia do lazer,** então são vários aspectos que influenciam a ocorrência ou não de uma patologia, a ocorrência de uma doença que influencia no processo de saúde doença do indivíduo (Ent. Do5).

> Então, primeiro assim, **o processo saúde-doença em saúde ele é fundamental porque ele vai trazer as teorias explicativas do processo saúde-doença**. Então você sai daquela perspectiva que é dominante no modelo capitalista de saúde, que é a unicausalidade ou a própria multicausalidade, **e você parte para os determinantes sociais do processo saúde-doença e esses determinantes eles vão além de fatores ambientais, econômicos, etc, onde você vai trabalhar principalmente em um determinante fundamental que é o modelo de produção do nosso país, que é o regime capitalista** (Ent. Do9).

A fala do discente, Ent. Di15/UEFS, além de convergir, complementa as dos docentes, Ent. Do2/UEFS, Ent. Do5/UEFS e o Ent. Do9/UEFS, sobre o entendimento do processo saúde doença envolvendo "todos os fatores que influenciavam na vida daquele sujeito", dentre os quais estão a renda, a profissão, as condições de moradia e de saneamento básico.

> Eu acho que a **concepção de saúde doença** nesses componentes curriculares ela é.... A gente estudava tudo que envolvia, todos os **fatores que influenciavam na vida daquele sujeito, que querendo ou não influenciava na saúde daquele indivíduo.** Quais os fatores relacionados com a saúde? A renda, a moradia, a profissão, as condições de moradia, de saneamento básico, de tudo que vinha a influenciar na vida daquele sujeito (Ent. Di15).

Nestas falas dos Ent. Do2/UEFS, Ent. Do5/UEFS, Ent. Do9/UEFS e Ent. Di15/UEFS, temos narrativas que explicam como os componentes curriculares no contexto da APS/ABS consolidaram a sua concepção de saúde-doença, com base no cenário histórico do país e a reforma sanitária, entendida como um conjunto de alterações estruturais concretizadas na área da saúde em vários países pela falta de condições de saneamento e a baixa qualidade na

prestação dos serviços. Uma concepção que exclui a dominante no modelo capitalista de saúde, centralizado na unicausalidade ou a própria multicausalidade e, partir de então, a saúde-doença é concebida com base nos determinantes sociais da saúde, considerando os aspectos ambientais, econômicos, condicionantes educativos, de renda, moradia, lazer, o processo de trabalho, dentre outros.

A este respeito ideias diferentes são verbalizadas pelos docentes da UPTC, Ent. Do21 e Ent. Do28 do Curso de Graduação em Enfermagem da sua Universidade sobre a concepção de saúde-doença, a qual é construída a partir da concepção saúde e vida, considerando os estilos de vida, determinantes sociais em saúde e o autocuidado.

> […] entonces **estamos girando en torno a procesos de salud y vida** ¿sí? entonces giramos entorno a eso, **cuando hacemos proceso de atención y vida** que marcan un ser humano incluso muchas veces desde, desde lo complejo que es el ser humano estamos trabajando precisamente en eso, **cómo los seres humanos somos complejos, somos diversos y como no tienen único concepto de salud enfermedad** (Ent. Do21).

> […] **se empieza a hablar un poco más de como el estilo de vida los determinantes sociales que influyen para que una persona en algún momento llegue a tener una alteración en su estado de salud ¿cierto?** […] y partiendo también de, de, de que se evidenciaran como sujetos que tienen que, que cuidarse ¿sí? entonces **para nosotros también era importante el autocuidado ¿sí?** (Ent. Do28).

Outra concepção do processo saúde-doença é verbalizada pelo Ent. Do3/UEFS, diferente das falas dos Ent. Do2/UEFS, Ent. Do5/UEFS, Ent. Do9/UEFS e o Ent. Di15/UEFS: a concepção saúde-doença é construída a partir da vivência e da compreensão histórica, política e social, superando as singularidades e subjetividades das pessoas.

> **Nós entendemos que o processo saúde-doença, ele é um conjunto de resultantes, então é algo que extrapola as singularidades, as subjetividades**. **Ele é construído a partir da vivência, da concepção histórica, política e social.** Então é algo que trans... Mais uma vez a gente coloca a questão da transversalidade e que perpassa por diferentes, perpassa por... **É uma grande construção que perpassa pelo momento histórico, político, social, econômico do indivíduo e que inclusive ele não se anula** (Ent. Do3).

Esta é uma fala com uma compreensão ampliada sobre a concepção saúde-doença nos componentes curriculares no contexto da APS/ABS ao conceber que ela tem sido construída a partir da vivência e da concepção histórica, política e social, ultrapassando a

singularidades e subjetividades das pessoas, possibilitando que o discente assuma uma postura sensível para orientar as condutas de cada caso particular, segundo os problemas de saúde identificados nos cenários da AB.

Concordamos com Araújo (2004) que a concepção de saúde tem sofrido variações em função do contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico traduzindo a variedade de contextos e experiências humanas. A Saúde está coroada de múltiplas significações, muitas vezes difíceis de definir.

Ademais, as mudanças de modelos assistenciais segundo Bezerra e Sorpreso (2016), estão e são condicionadas ao que se entende pelo conceito saúde, uma vez que é um conceito que traz características singulares conforme contexto histórico. Assim, de acordo com Czeresnia e Freitas (2015), não há uma definição do que seja saúde como algo que poderia ser generalizado, sendo um conceito que pode depender de valores, expectativas e posturas diante da vida. Deste modo, a depender do contexto histórico e/ ou visão de mundo o conceito de saúde foi sendo discutido e vem acompanhando mudanças sociais, políticas e econômicas que, direta e indiretamente, influenciam na formulação desse conceito.

Neste sentido, esses autores compreendem que a saúde é o maior recurso para desenvolvimento social, econômico, pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Na Atenção Primária, destacam-se as ações de promoção da saúde que visam ao empoderamento e autonomia do usuário para o alcance de melhores condições de vida e saúde

Todavia, para Carvalho (2004), Lucena, Paskulin, Souza e Gutiérrez (2006), as transformações sociais, advindas do capitalismo, fizeram com que o corpo humano passasse a ser visto como uma fonte de lucro, tanto para quem cuida como para quem é cuidado, pois se constituiu em uma força de trabalho. É uma realidade em que o seu controle aparece como necessário, e utiliza-se da saúde como um dos mecanismos capaz de possibilitar essa tarefa.

Nas falas dos Ent. Do21/UPTC e Ent. Do28/UPTC há uma convergência com o Doc-15, *"*Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia" (TUNJA, 2010-2019) ao conceber a saúde-doença como inerente ao suceder humano determinado por multiplicidade de fatores sociais, culturais, económicos, políticos, biológicos, psíquicos, ideológicos e imaginários. Nesta concepção enquadra-se o

cuidado que deve se articular com outras disciplinas para alcançar a efetividade da atenção em saúde.

Objeto de Trabalho da APS/ABS

No que concerne ao objeto de trabalho dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, o Ent. Do1/UEFS expressa que é o ser humano na sua totalidade.

> **Meu objeto de trabalho é o ser humano**, acho que o ser humano ainda tem jeito, o jeito se entende, não tem como você, não é por você, mas é para ele mesmo, porque **existem pessoas que são autossuficientes, mas existem pessoas que precisam da sua ajuda**, que precisam de seu toque, que precisam de...é como... fazendo um pote de barro, tem um os que sai, mas tem um os que você demora mais, então eu acho que é pelo ser humano ne? (Ent. Do1).

Em convergência à fala do Ent. Do1/UEFS, o Ent. Di14/UEFS considera que o objeto de trabalho é o sujeito que é atendido, para satisfazer as suas necessidades em saúde.

> [...] ou seja, **o nosso objeto que é sempre o sujeito** que a gente quer buscar ele e tal e aí a gente quer sempre da melhor forma levar aquilo que é necessário para ele, pro estudo dele, para o que ele precisa saber, para tentar melhorar, a gente sempre visa nessa ideia (Ent. Di14).

Outros objetos de trabalho são complementados pelos Ent. Do2/UEFS e Ent. Do24/UPTC numa visão do ser humano no contexto coletivo como a família, a comunidade e demais grupos de população.

> **O objeto é... Eu acostumo dizer que é a família e comunidade,** ele tem... o aluno tem que **perceber que o sujeito é um indivíduo coletivo além de ser um indivíduo solitário ne?** Ele chega com um problema de...um bicho no pé, um bicho porco (sorriso) ... A gente pegou no semestre passado, mas tem que saber, como são as **relações de trabalho** dele? Ele trabalha calçado ou não? Trabalhava no chiqueiro? E EPIs, saber que o sujeito que chega, mas também que está por traz, **a família, trabalho, todo o contexto** (Ent. Do2).

> […] Si, digamos que son como lo, los **grupos poblacionales** que siempre se identifican de acuerdo al análisis de situación de salud ¿sí? pero también eso a veces varía de acuerdo pues al, al, al trabajo de campo que ellos hacen ¿sí? y también a la priorización de esas enfermidades (Ent. Do24).

A fala do Ent. Di34/UPTC converge com as dos Ent. Do2/UEFS e Ent. Do24/UPTC, a respeito do objeto de trabalho dos componentes curriculares representado por toda população em seus ciclos de vida.

> Eh, pues teníamos, eh, la población desde recién nacidos hasta adultos mayores, ósea todo, adultos jóvenes, adultos mayores, adolescentes, niños, primera infancia todo, y recién nacidos, **llegábamos a todas las poblaciones** (Ent. Di34).

Diferentemente das demais falas, os Ent. Do3/UEFS e Ent. Do4/UEFS referiram que o objeto de trabalho é o enfrentamento do processo saúde-doença, especialmente numa visão da doença.

> **O enfrentamento do processo saúde-doenç**a. Essa é a primeira aproximação (Ent. Do3).

> O objeto de trabalho é a saúde mental, eu diria que a saúde mental, o **processo de saúde-doença mental** (Ent. Do4).

Uma outra visão sobre o objeto de trabalho, segundo os Ent. Do5/UEFS e Ent. Do6/UEFS, é o gerenciamento da Enfermagem associado com a assistência, além de formar ao discente para o exercício da Enfermagem no contexto da APS/ABS.

> O objeto de trabalho da disciplina é **o gerenciamento em enfermagem** né, mas nunca a gente deixa de mostra a eles que esse gerenciamento ele é só o gerenciamento, porque as vezes o aluno acha assim, ah não e vou pra gerencia então eu só vou ficar lá na mesa fazendo coisas administrativas, não pelo contrário a **gente tá sempre buscando associar a gerência com a assistência** (Ent. Do5).

> Olha, na verdade eu acho que são mais de um. A gente trabalha com o aluno, com a **formação do aluno para o trabalho na Atenção Básica**, mas ao mesmo tempo que a gente trabalha com esse aluno a gente também trabalha com o indivíduo que a gente atende na unidade, né? **Então assim, o objeto é formar esse aluno mas para isso a gente acaba também atuando com outro objeto que são as pessoas que são assistidas** (Ent. Do6).

Mediante esses entendimentos, percebemos que o objeto de trabalho dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, é permeado por uma variedade de objetos desde a abordagem integral do ser humano, sendo o protagonista fundamental da saúde em todos os seus ciclos de vida, possibilitando ao docente e discente trazer a integração e a integralidade do cuidado, no âmbito individual, familiar e

comunitário, até objetos como a doença em si, a gerência da assistência e formação dos discentes.

Enfim, o objeto de trabalho é definido por Marx (2012) como aquilo sobre o qual o trabalho é realizado e que se transforma por meio da ação intencional do trabalhador. Nesta lógica, segundo Mendes-Gonçalves (1994), o objeto de trabalho em saúde não é um objeto natural, porquanto se materializa por meio de um "olhar" que planeja um projeto de transformação.

No caso do trabalho em saúde, Souza e outros (2010) entendem que o objeto é a pessoa ou grupos populacionais que, por meio da assistência dos serviços de saúde, transformam-se de acordo com a finalidade do trabalho de manutenção da vida, promoção da saúde e melhoras nas condições de adoecimento e sofrimento.

Ademais, para Guevara e outros (2014) a Enfermagem como uma profissão de natureza social busca que sua equipe, sob uma perspectiva humanística, ajude à pessoa que solicita o cuidado, a reforçar potencialidades ou minimizar desequilíbrios no seu estado de saúde, e por esta razão reconhece o ser humano como um ser complexo, misterioso, estruturado por diversas dimensões que vão do orgânico ao espiritual, do tangível ao intangível; com inclusão do aspecto social e histórico, que o define como um ser em interrelações permanentes consigo mesmo e com o mundo.

Os autores ainda complementam que na Enfermagem procura-se reconhecer a pessoa cuidada como uma entidade única, que possui atributos como a consciência, intelecto, dignidade, emoções, sentimentos e conhecimento, portanto, o cuidado de Enfermagem assume uma dimensão humanística e integral do ser, cuja subjetividade é estruturada por suas experiências e significados, sentimentos, emoções, intuições, raciocínios.

No Doc-15, "Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia" (TUNJA, 2010-2019) é referenciado que o objeto de trabalho da Enfermagem é o cuidado da vida e da saúde humana. Outrossim, de acordo com o Do2/UEFS a realidade do sistema de saúde brasileiro é enfatizada nos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, "é formar bons enfermeiros que consigam enxergar a população como necessitária de um Sistema Único de Saúde", como também defender o SUS e trabalhar para que essas pessoas criem cidadania.

> **A finalidade é formar bons enfermeiros que consigam enxergar a essa população como necessitária de um Sistema Único de Saúde, como dona do Sistema Único de Saúde e muito carente da assistência à saúde**, então assim, eles não vêm uma realidade de serviço privado, são poucos os pacientes que vem com exames pagos, que vem com exames complementários na rede privada de assistência à saúde, então são usuários do SUS, então **eles têm que aprender defender o Sistema Único de Saúde e trabalhar para que essas pessoas criem autonomia, mas eu não gosto de falar de autonomia, eu gosto de falar de cidadania**, que também vai ser um processo longo que ninguém tem cidadania se não tem educação, se não tem acesso, mas eu formo .. eu formo alunos críticos, reflexivos e politizados, se eles saem deformados (sorriso), já não é.... eu busco fazer isso com um exemplo (Ent. Do2).

Uma ideia diferente das demais a respeito da finalidade dos componentes curriculares no contexto da APS/ABS é verbalizada pelo Ent. Do21/UPTC que é contribuir com o melhoramento das condições de saúde da população mediante as intervenções intersetoriais.

> […] contribuimos a **mejorar unas condiciones de salud de las comunidades o de las poblaciones** desde nuestra disciplina, pero **reflexionando en que hay otras, eh, otras disciplinas o a nivel intersectorial pueden aportar mucho más a una situación ¿sí**? (Ent. Do21).

Desse modo, compreendemos que melhorar as condições de saúde das comunidades ou da população poderá levar à sua cidadania, definida por Costa e Ianni (2018) como o status daqueles que são membros de uma comunidade e são por ela reconhecidos. É, também, o conjunto de direitos e deveres que um indivíduo tem diante da sociedade da qual faz parte. Histórica e genericamente, a cidadania tem uma referência espacial, constituída da relação dos indivíduos com um dado território (organização sociopolítica do espaço).

Segundo os referidos autores, a cidadania é uma noção construída socialmente e ganha sentido nas experiências sociais e individuais. Por isso, será compreendida com uma identidade social política. Além do mais, de acordo Figueiredo e outros (2009), a cidadania consiste na preservação das necessidades humanas básicas, tais como a manutenção da saúde, o oferecimento de condições dignas de moradia, alimentação, educação e saneamento básico.

Ao analisarmos a cidadania como direito à saúde, não podemos deixar de referenciar a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), cujo objetivo foi promover uma reflexão sobre a criação de um Sistema Nacional de Saúde, bem como o desenvolvimento de medidas

políticas e financeiras necessárias para a sua implantação. O sistema em questão foi fundamentado em diversos princípios e diretrizes para tornar o acesso à saúde universal e igualitário aos brasileiros.

Por conseguinte, de acordo com Figueiredo e outros (2009) ao ampliar o conceito de saúde para além da ausência de doenças, entendemos que o direito à Saúde não se restringe à conquista do acesso aos serviços e à assistência médica, mas incorpora também a necessidade de obter seus determinantes. Dessa forma, a interrelação entre cidadania e saúde implica exercer o direito a essas condições, com a finalidade maior de alcançar o bem-estar biopsicossocioespiritual.

Diante tais argumentos, Ventura, Mello, Andrade e Mendes (2012) compreendem que além do êxito técnico da enfermeira direcionado ao caráter instrumental de suas ações ao alcance de determinados resultados e à atenção aos agravos à saúde de indivíduos e populações, vemos que implicitamente poderá trazer uma responsabilidade, um compromisso e certa preocupação a respeito que as ações de saúde têm para os sujeitos e para as populações, uma vez que a enfermeira passa a se considerar sujeito de direitos e permite, por meio de suas ações e do respeito ao outro também como sujeito de direitos, exerça sua cidadania.

Cenários do processo ensino aprendizagem na APS/ABS

Os componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS utiliza-se de uma diversidade de espaços, como é notório nas falas a seguir:

Vemos nas falas dos Ent. Do8/UEFS, Ent. Do12/UEFS, Ent. Do22/UPTC convergências na utilização de espaços intramurais como as salas de aulas e o laboratório de simulação, e os extramurais na comunidade como os campos de práticas, as visitas domiciliárias e a Universidade Aberta a Terceira Idade da UEFS.

> **Então nós temos três cenários, primeiro a gente tem o laboratório, depois a sala de aula e depois o campo de prática**. Eles só vão para o campo de prática depois que eles entram em contato com as próteses, com o material previamente que eles vão trabalhar lá no campo. Fica leve, não fica um susto, pra eles se perguntarem, ‘o que é que a gente vai fazer agora? ’, aí já sabe o que é esse atendimento então só vai adequar esse atendimento à realidade da instituição (Ent. Do8).

> Ai a gente tem ... em alguns momentos que a gente consegue, dependendo do semestre, **dependendo das ofertas fazer rodas de conversas com o pessoal da UATI, Universidade Aberta a Terceira Idade** (Ent. Do12).

> Pues **el aula, como el primer gran elemento, los laboratorios de simulación y otros elementos de enseñanza aprendizaje, el aula virtual** que también la trabajamos mucho como proceso de enseñanza aprendizaje y obviamente los escenarios de practica que ya están divididos por lo **extramurales y los intramurales**. Los **extramurales** manejamos en este momento dos, que son los de **visita domiciliaria** […] la **secretaria de equidad de género y en la universidad** alrededor de elementos de comunicación, comunicación y educación en salud (Ent. Do22).

Nestas falas dos Ent. Do8/UEFS, Ent. Do12/UEFS, Ent. Do22/UPTC notamos convergências na utilização de espaços intramurais como as salas de aulas e o laboratório de simulação, e os extramurais na comunidade como os campos de práticas, as visitas domiciliárias e a Universidade Aberta a Terceira Idade da UEFS.

Nas falas dos discentes, Ent. Di16/UEFS e Ent. Di32/UPTC, também existem convergências em si e as falas dos docentes a respeito dos cenários usados no processo ensino aprendizagem como as salas de aula, os laboratórios de simulação e a Universidade Aberta a Terceira Idade da UEFS, as Unidades de Saúde da Família, a Secretaria de Saúde e a comunidade.

> **Os cenários seriam, a própria Universidade né? A sala de aula, as Unidades de Saúde da Família que nós visitamos, acredito que a gestão da Atenção Básica, dentro da UEFS também nós temos a UATI, que é a Universidade Aberta a Terceira Idade,** que nós também desenvolvendo prática, nós temos também que é um... Digamos que é um ESAD que é um espaço de prática, os **laboratórios, Secretaria de Saúde; na comunidade também** podemos realizar ações, feiras que não necessariamente ocorre dentro da unidade, pode ocorrer em uma praça, que geralmente nós realizamos (Ent. Di16).

> **Para la parte teórica siempre va a ser un salón de clase** en donde a nosotros el salón de clase básicamente y para la parte, eh, **practica** pues que se ven los escenarios como los hospitales que se ve el proceso de, eh, docencia servicio y que las personas que estén supuestas a recibirnos en **el área comunitaria** para desarrollar los procesos […] (Ent. Di32).

Os Ent. Do3/UEFS e Ent. Do4/UEFS complementam as falas anteriores, referindo-se aos serviços de saúde como cenários e ou espaços de ensino aprendizagem usados como Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Policlínica, Secretaria Municipal de

Saúde, Centro de Zoonose, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Locais de Saúde, Hospital Psiquiátrico e Centro de Atenção Psicossocial.

> [...] são as **Unidade de Saúde da Família**, são as... A gente utiliza os espaços de **policlínicas**, dos **conselhos de saúde**, né? **O conselho municipal e os conselhos locais**. A gente sempre está articulada, ou a gente leva, aí a depender realmente da demanda, da demanda e da condição de organização, mas a gente tem os **espaços de controle social e o centro de zoonose** (Ent. Do3).
>
> Os cenários? Os cenários são o **hospital psiquiátrico e o serviço especializado, o centro de atenção psicossocial** (Ent. Do4).

Como podemos notar a respeito destas falas, tanto as dos docentes quanto as dos discentes da UEFS contemplam os cenários citados no Doc-14, "Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana" (FEIRA DE SANTANA, 2017) no que diz respeito à prática/estágio, já que o curso oportuniza uma diversidade de espaços de ensino-aprendizagem. Neste âmbito, a rede SUS é o espaço privilegiado e preponderante para o desenvolvimento da prática profissional desde o início do curso.

Para tanto, destacamos as seguintes instituições e/ou serviços de saúde onde são realizadas atividades práticas e estágios na APS/ABS na UEFS.

- Secretaria Municipal de Saúde – Feira de Santana: Rede Básica de Serviços de Saúde – Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Policlínicas; SAMU; Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica; Programa de DST/AIDS; Centro de Atenção Especializada (CAE); Centro Regional de Dermatologia Sanitária – (CRDS); Centro de Atenção Psicossocial I, II III e CAPS Criança e Adolescente; Residências Terapêuticas, Consultórios de Rua, Feiras Livres.

- CAIC: Adolescente de Risco
- Conselho Municipal de Saúde – Reuniões e Sede da Secretaria Executiva.
- Centro Social Urbano (CSU);
- Associação Feirense de Assistência Social (AFAS) Atenção ao Idoso
- Associação de Proteção à Infância (API): Creche;
- Escolas da Rede Municipal de Ensino;
- Programa Gota de Cidadania (Meninos de Rua)

- Fazenda do Menor, Comunidades dentre outros.

- Campus UEFS: Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI); Creche da UEFS; Serviço de Saúde Universitário (SESU).

Também o mesmo documento especifica que o Curso dispõe de um Laboratório de Enfermagem (LABENF) que oferece apoio didático pedagógico para as atividades de simulação de procedimentos de saúde, bem como apoio interdisciplinar para as atividades de ensino pesquisa e extensão, de docentes, discentes de graduação e pós-graduação.

Destacamos, a seguir, as unidades de saúde (todas elas da rede SUS) utilizadas até o momento da coleta de dados como cenários do processo ensino aprendizagem dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, em especial utilizadas pelos componentes curriculares Estágio Supervisionado I, completar.

- Unidade Básica de Saúde Roque de Carvalho Cordeiro
- Centro Social Urbano Carlos Alberto Krochewsky
- Unidade de Saúde da Família Feira VI I
- Unidade de Saúde da Família Feira VI II
- Unidade Básica Saúde da Família: Cidade Nova
- Unidade de Saúde da Família Campo Limpo II
- Unidade de Saúde da Família Campo Limpo III
- Unidade de Saúde da Família Campo Limpo IV
- Unidade de Saúde da Família Feira X I
- Unidade de Saúde da Família Feira X II
- Unidade de Saúde da Família Feira X IV
- Unidade de Saúde da Família Feira X V
- Unidade de Saúde da Família Gabriela I
- Unidade de Saúde da Família Gabriela II
- Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte
- Unidade de Saúde da Família São José
- Unidade de Saúde da Família São José II
- Unidade de Saúde da Família Matinha
- Centro Social Urbano

Não obstante, uma fala divergente do Ent. Do9/UEFS explica que não existe na UEFS um laboratório para que o discente possa simular uma situação na perspectiva da Atenção Primaria à Saúde.

> Bom, mas aí tem umas correntes, inclusive de colegas, que acham que a **universidade deveria ter um laboratório para os alunos atuarem numa perspectiva da Atenção Primária.** Aí a gente vai àquilo que Hegel falava, que é o seguinte: **O campo do ideal é uma coisa, mas na prática é diferente, então o aluno tem que estar na comunidade.** Ele tem que andar nos bairros, ele tem que fazer a territorialização, porque é lá onde as pessoas sentem e vivenciam os problemas. Não vai ser dentro de um laboratório – não obstante a importância destes em alguns currículos de algumas disciplinas - mas, no geral, o aluno ele tem que estar lá, desenvolvendo sua ação, junto com o que sente o trabalhador da unidade, né? (Ent. Do9).

Em convergência com a fala do Ent. Do9/UEFS o Ent. Di14/UEFS refere que o Curso de Graduação em Enfermagem não conta com um espaço para a realização da simulação no contexto da Atenção Primaria à Saúde, dificultando que o discente possa ter uma vivência antes das atividades práticas.

> Os cenários do processo ensino aprendizagem são os **laboratórios de treinamento técnico dentro da UEFS, que é mais ligado a procedimentos da atenção hospital e não dá Atenção Primaria à Saúde, para que o discente possa ter uma vivencia antes das atividades práticas** (Ent. Di14).

A respeito da UPTC com referência aos cenários utilizados no processo ensino aprendizagem as falas dos Ent. Do22/UPTC e Ent. Di32/UPTC se coadunam com o descrito no Doc-15, “Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia” (TUNJA, 2010-2019) ao aludir que para a realização das aulas, conferências, seminários, tutorias, trabalho independente e demais atividades de formação do discente, o Curso de Graduação em Enfermagem dispõe de uma infraestrutura acadêmica que inclui:

- Sala de aula
- Auditórios
- Laboratórios para Ciências Básicas
- Laboratórios de Enfermagem
- Salas de estudo e assessorias

- Sala de biblioteca especializada
- Sala de biblioteca virtual
- Cenários institucionais para práticas clínicas
- Cenários para práticas comunitárias e de coletivos.

Ademais, no Doc- 15 consta que o Curso de Graduação em Enfermagem utiliza-se de diversos contextos de aprendizagem graças aos Convênios Docência-Serviço e de Cooperação com Empresas Sociais de saúde do Estado, educativas, e de coletivos comunitários onde o discente realiza desde visitas de observação hasta práticas clinicas e comunitárias individuais e coletivas com o acompanhamento direto e permanente do docente.

Portanto, o mesmo documento menciona os cenários de prática para o desenvolvimento das atividades no contexto da APS:

- Empresa Social del Estado (ESE) Hospital San Francisco de Villa de Leyva
- ESE Hospital San Vicente de Ramiriquí
- ESE Hospital Santa Marta de Samacá
- ESE Hospital de Moniquirá
- ESE Hospital Regional de Sogamoso
- ESE Centro de Salud de Soracá
- ESE Hospital Regional de Chiquinquirá
- ESE Hospital de Soatá
- ESE Centro de Salud de Oicatá
- Centro de Salud de Motavita
- ESE Santiago de Tunja
- Hospital de Turmequé
- Hospital Regional de Miraflores
- Centro de Salud de Siachoque
- ESE Centro de Salud de Chivatá
- ESE Hospital San Vicente de Paúl de Paipa

Segundo Dias (2011) os cenários de prática ou de aprendizagem se constituem como locais privilegiados de interseção do mundo do trabalho com o mundo de ensino. Nos serviços de saúde as práticas cotidianas podem ser remodeladas e transformadas na medida em que

impulsionam o desenvolvimento de um processo relacional e interativo entre professores, estudantes profissionais de saúde e pacientes.

No estudo, "Formação do enfermeiro para a Atenção Básica: análise da orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica a partir de um curso de graduação" (BRITO, 2014), também evidenciou cenários de práticas com diversos dispositivos e serviços da comunidade, o que pode possibilitar o discente trabalhar sobre problemas concretos desde o início do seu processo de formação, como preconizado pelo Pró-Saúde, destacando-se entre esses cenários laboratórios de práticas assistenciais da IES, equipamentos sociais – escolares e comunidade, Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde da Família, e Hospitais do SUS, e que a inserção neles acontece de forma progressiva.

Estratégias/metodologias na APS/ABS

No tocante as estratégias/metodologias utilizadas nos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, os Ent. Do3/UEFS, Ent. Do4/UEFS e Ent. Do22/UPTC, citaram as aulas expositivas, aula provocativa com perguntas, aula invertida, leitura científica, roda de conversa, seminários, palestras, entrevista, questionário, portfolio, diário de campo, prática de simulação, fichamentos de artigos científicos, estudos de caso, relato de experiência, resumo crítico, filmes, relatórios, e visitas técnicas.

> Então, a gente trabalha com **seminário, visita técnica,** que é através da prática, **criação, produção do relatório**, nós estamos agora nesse semestre, nós incluímos a construção da linha do tempo, nós estamos tentando criar um **blog** com eles, porque é outra questão, na disciplina a gente tem que trabalhar com **metodologias ativas** (Ent. Do3).

> A gente trabalhava muito com **seminários é.… e aulas expositivas**. Nesse semestre eu estou adotando **a prática de simulação** previamente antes deles entrarem em campo, na qual eles vão simular uma circunstância de transtorno mental, é... Eles também vão trabalhar com **fichamentos de artigos científicos é... Metodologias ativas, trazendo sala de aula invertida,** enfim... A própria **aula expositiva** também trago (Ent. Do4).

> […] Eh, trabajo, por ejemplo yo trabajo mucho con la idea de taller, eh, **taller, eh, vivencial** […]**búsqueda de literatura científica,** también es un elemento pedagógico, eh, yo trabajo mucho lo que tiene que ver con la **elaboración de material didáctico** para la consolidación del

> conocimiento, eh, hay otros elementos que se trabajan alrededor de, pues de la catedra como tal, del, digamos del **exposición**, del expositor, mmm, hay otros elementos que se trabajan como alrededor del **juego como de la lúdica**, eh, creo que por ahí van como los elementos, las **didácticas y las pedagogías del espacio** (Ent. Do22).

O discente, Ent. Di33/UPTC, reforça as falas dos Ent. Do3/UEFS, Ent. Do4/UEFS e Ent. Do22/UPTC sobre o uso de metodologias ativas, ao referir as estratégias/metodologias ativas como a elaboração de material didático, criação de vídeos e atividades de simulação na Câmara Gesell.

> […] de las estrategias es como una clase magistral, pero adicionalmente a esto, nosotros también tenemos **estrategias como seminarios de investigación**, eh, tenemos estrategias como ya propiamente presentaciones, eh, o bueno **exposiciones** que hacen, hacemos nosotros, eh, tenemos, eh, **materias didácticas como creación de videos, eh, creación como de material didáctico**… entonces nosotros **estructuramos los roles en los que vamos a desempeñar esa simulación** y la manera en que la vamos a ejecutar, osea, el docente en ese momento, sólo está para observar y ya al final se hace la **retroalimentación** de todo lo que sucedió. Eh, nosotros manejamos, es que se me fue el nombre, una cámara**, cámara de Gesell,** creo que se llama, ¿sí?, (Ent. Di33).

Outrossim, o Ent. Do1/UEFS ressalta outras estratégias/metodologias diferenciadas como escuta terapêutica, arteterapia, musicoterapia, mosaico, cinema, teatro, terapias com animais, metodologias de tratamentos integrativos e práticas integrativas.

> **A gente trabalha com arteterapia**, mesmo fazendo, eu já falei oh faz um **mosaico** no aquele mosaico a gente vai conversando, aí a gente vai colocando algumas fotos, mas a gente **trabalha com teatro e muito cinema** ... **oh assista a tal filme**... o cinema também na comunidade ne? E.… **e terapêuticas** a gente utiliza aquilo tudo, utiliza muito música**.** A **musicoterapia** que é tão difícil. Tem as **terapias com animais** só que eu não tenho muito jeito com bicho... (Ent. Do1).

Divergindo das falas anteriores, o Ent. Di15/UEFS afirma que as estratégias/metodologias utilizadas no processo ensino aprendizagem ele as considera “bem antigas”, “bem tradicionais” como a sala de aula, os slides, e a leitura de livros e artigos.

> Olha só, **as metodologias dos professores** é as nossas também de desenvolver, isso pode partir da gente também não só do professor. **Elas são bem antigas** e geralmente é só aquela coisa do **quadro, slide e só**. **Não tem aquela coisa de inovar, de pensar em alguma simulação, enfim.** É só aquela coisa mesmo**,** de **slides, livros, artigos,** enfim é só isso mesmo, **bem tradicional** que a gente já conhece[...] o professor passa um slide, e quando quer ‘inovar’ passa artigo pra gente ler na sala e faz uma discussão, só que **isso acaba sendo meio que repetitivo**, **a gente já ta saturado**, aí quando a gente vai pra campo, **quando quer fazer uma**

> **coisa nova a gente faz sala de espera, sala de espera, sala de espera** ... (Ent. Di15).

Nesta fala fica implícito um "descontentamento" do discente sobre a falta de inovação das estratégias/metodologias utilizadas nos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS que poderá influenciar para no seu desinteresse em consequência da desmotivação, da monotonia, da repetitividade e "saturação" como ele mesmo referiu. Por outro lado, nos campos de prática o discente tem expectativa em executar atividades mais inovadoras.

Entretanto, apesar desta fala 'negativa' a respeito das estratégias/metodologias utilizadas, precisamos relativizá-la, porque tivemos oportunidade de acompanhar, ou melhor, participar como pesquisadora no decorrer da coleta de dados deste estudo o processo ensino-aprendizagem nas salas de aulas de determinados componentes curriculares do curso de graduação em Enfermagem/UEFS relacionadas a abordagem da APS/ABS e observamos a diversidade de estratégias/metodologias, apesar de algumas aulas priorizarem as aulas expositivas. Contudo, as aulas expositivas quase sempre foram conduzidas no sentido de incentivar à participação dos discentes no desenvolvimento da temática.

Outra estratégia/metodologia observada muito utilizada foi o seminário, realizado pelos discentes e orientado pelos docentes da disciplina. Uma metodologia que possibilitou aos discentes discussões e debates, levando um processo de feedback.

Também tivemos a experiência de observar o uso da estratégia aula provocativa, aquela em que o docente iniciava com perguntas dirigidas ao discente, motivando-o à participação com uma troca de conhecimentos e experiências. No nosso entendimento uma forma de construção do conhecimento em parceria docente-discente, sem perder de vista a condução da temática desenvolvida.

Apesar das falas anteriores sobre a utilização de estratégias/metodologias consideradas "muito antigas" e "bem tradicionais" no processo ensino-aprendizagem, dentre elas foi citado o filme, mas ele poderá ser uma possibilidade instrumental criativa, motivadora, inovadora e crítica à produção do conhecimento, a depender da sua condução estratégica em rodas de conversas, debates, recriação de conhecimentos, análise crítica do conteúdo apresentado, dentre outros.

Apenas em uma situação, observamos em uma determinada aula que o docente ao iniciá-la entregou para os discentes um exercício a ser trabalhado, solicitando aos discentes para responder as questões sem realizar a abordagem da teoria, o que dificultou a aprendizagem dos discentes durante a aula. Porém, após o tempo dado pelo docente para os discentes responderem o exercício, ela explica a informação referente à temática e aí, alguns discentes começaram a fazer questionamentos sobre o assunto à docente. Todavia, no decorrer desse processo observamos que a maioria dos discentes apresentava um comportamento passivo, sem quaisquer interesse e motivação à temática apresentada, inclusive os discentes referiram que não realizaram a atividade porque não houve uma nova orientação 'certa' por parte da docente.

Observamos assim uma realidade que não é específica ao curso de graduação em Enfermagem da UEFS. É preciso que os cursos revejam, miudamente, suas estratégias pedagógicas e metodológicas no processo ensino-aprendizagem que possam influenciar na formação dessa nova enfermeira enquanto uma profissional crítica e reflexiva capaz de transformar a realidade social junto aos demais trabalhadores de saúde e usuários dos serviços da ABS.

Apesar das diversas mudanças inovadoras sobre o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS, sabemos o quanto é difícil, porque ainda há uma hegemonia por estratégias/metodologias tradicionais, particularmente nos cursos das áreas da saúde. Mas, observamos que este modelo de ensino tradicional tem sido gradativamente modificado, incorporando novas estratégias pedagógicas, as quais permitem a formação de um profissional mais crítico e reflexivo que poderá ser capaz de transformar sua realidade social, mais especificamente o contexto cotidiano, visando minimizar injustiças e desigualdades.

São notórios os avanços diante dos esforços demandados pelo Colegiado de Enfermagem, docentes e discentes em discussões e debates sobre o currículo. Particularmente, na APS/ABS, o curso de Graduação em Enfermagem desta Universidade tem avançado sendo considerado um dos cursos bem avaliado pelo Instituto Nacional Estudos e Pesquisa (INEP) do MEC.

No Doc-15, "Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia" (TUNJA, 2010-2019) uma das

estratégias metodológicas utilizada é o método construtivista assumido pelo Curso de Graduação em Enfermagem. Portanto, dentro de todas as potencialidades didáticas e metodológicas que oferece este método, e que se consigna no micro desenho curricular dos distintos espaços de formação em concordância com o desenvolvimento de competências.

Segundo o mesmo Doc-15 as estratégias/metodologias utilizadas nos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS são:

- Seminários
- Leitura crítica
- Revisão de guia de estudo
- Roda de conversa
- Estudo de caso
- Vídeo
- Simulação
- Plano de cuidado de Enfermagem
- Informes
- Mapa conceptual
- Cinema foro
- Vivências pessoais
- Análise de situação de Enfermagem
- Projeto de finalização de práticas

Processo de Avaliação

Enfim, o processo de avaliação dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS para os Ent. Do9/UEFS, Ent. Do7/UEFS e Ent. Do27/UPTC, tem convergência ao explicarem que o objetivo da avaliação é verificar a articulação teórico-prática, mediante provas escritas, seminários, a participação na sala de aula.

> **A avaliação ela se dá no campo teórico**, avaliação, por exemplo, de **seminários**. Eles atuam com seminários voltados para o campo da Política de Saúde; tem avaliação também **da participação em sala de aula;** tem avaliação através de **prova escrita**; tem avaliação através das **habilidades**

> **do conhecimento científico e da forma como ele interage no campo da prática** (Ent. Do9).

> **O PES é um instrumento**, não só a construção, mas a execução disso, e o dia a dia, como é o **comportamento, a postura, o desenvolver de técnicas**, a gente tem um instrumento em que a gente avalia não só essa questão de postura, de técnica de gerencia. **Então ele é avaliado o tempo todo em todas essas questões, de gerencia, serviço em saúde, pesquisa, como tomar decisões, como se comporta, o conhecimento científico que ele tem, a relação entre teoria e prática no momento de atuar** (Ent. Do7).

> […] **El desempeño en la práctica y el informe de todo lo que se hace en la ejecución del proyecto se debe hacer un informe**, tipo como decir un […]Bueno se hace un **informe de práctica**, eh, **donde se describe, eh, absolutamente todo, es como un trabajo de investigación** […]tratamos de que el estudiante tenga una práctica reflexiva y para eso utilizamos el **diario de campo especialmente a nivel de la práctica** […] (Ent. Do27).

Complementando essas falas, os Ent. Do6/UEFS, Ent. Do23/UPTC e Ent. Do26/UPTC declaram que a avaliação é processual, quantitativa e qualitativa, compreendendo três fases: diagnóstica, formativa e somativa.

> Como é que a gente faz essa avaliação mesmo? **Essa avaliação é processual**, como eu te falei tem as **fases diagnóstica, formativa e somativa, então ela vai acontecer nesses três momentos** e ela é processual, de acordo com cada fase, tem coisa que a gente vai cobrar na última fase que a gente não vai cobrar na primeira porque ele está chegando no serviço…. **Então, a gente tem uma ficha, duas fichas, uma de avaliação qualitativa e outra de avaliação quantitativa** (Ent. Do6).

> Pues nosotros tenemos, se podría decir **dos evaluaciones**, **una cualitativa y otra cuantitativa,** la **cualitativa tiene que ver con, con los resultados del diario personal y el diario de campo donde ellos hacen una reflexión de lo que aprendieron**, sobre los, digamos en el plano personal en, en, en, en el diario personal permite que ellos hagan un **plan de cuidado personal** y que lo puedan cumplir, con metas para ellos, de, de, de proceso y resultado de cómo adoptan una forma de vivir que se acerque más a lo saludable **desde el punto de vista cuantitativo se podría decir pues todo en la primera parte teórica nosotros hacemos, evaluaciones digamos, eh, quices, donde hay control de lectura, los ensayos, eh, para también medir la capacidad de análisis y el resto en la práctica es la evaluación del proyecto**[…] (Ent. Do23).

> Bueno, como yo te decía ahora, hay un **seguimiento semanal** entonces, eh, a menos que algo extraordinario ocurra, eh**, todas las semanas debemos encontrarnos estudiante docente y hacer un análisis de, de su desempeño sobre la acción propiamente dicha como yo te comentaba ahora o derivado pues de, de la acción, eh, eso, eso se va**

> **llevando en una bitácora o en un, en un diario de campo** que tenemos los profes y, eh, se va alimentando de semana a semana de tal suerte que a la catorceava semana pues yo tengo más o menos clara la evolución del estudiante (Ent. Do26).

Vemos nessas falas que a avaliação dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS é um processo continuo, realizado mediante um barema que permite estabelecer a relação entre a teoria e a prática.

No primeiro momento, a avaliação quantitativa compreende a prova individual escrita no modelo tradicional, o seminário e a participação do discente na sala de aula. O segundo momento, dando continuidade aos aspectos objetivos, a avaliação é atribuída às práticas de enfermagem e de saúde, quando o discente será avaliado no conhecimento científico, nas habilidades, no relato de experiência desenvolvido a partir das atividades práticas; nesta fase também são avaliados os aspectos subjetivos como pontualidade, aparência, resolubilidade, responsabilidade e ética.

Avaliação formativa é feita para garantir o desenvolvimento das competências e habilidades do discente, futura enfermeira. Constitui num instrumento de acompanhamento de todo o processo ensino-aprendizagem. Para tanto, a avaliação não deve estar orientada apenas à esfera da cognição e da memorização. Precisa deixar de ser pontual punitiva e discriminatória para direcionar-se ao alcance das competências e habilidades, traduzidas no desempenho.

E a avaliação somativa, ocorre no final de um período de estudos, e assume a função de certificação, ou seja, quando se atribui uma nota que gera a aprovação ou reprovação do discente. Também determina a efetividade das atividades completadas no processo de ensinar e de aprender (VILLAS BOAS, 2011).

A respeito da avaliação, relatamos uma experiência no decorrer desse processo no componente curricular Estágio Supervisionado I do Curso de Graduação em Enfermagem /UEFS com a participação do docente, do preceptor e do discente, tendo em vista as fases diagnóstica, formativa e somativa. A avaliação é realizada com roteiros, roteiros - fichas de avaliação; nelas constam aspectos subjetivos - avaliação qualitativa (atitudes, comportamento, assiduidade, pontualidade, compromisso, responsabilidade, interrelações (acolhimento, vínculo) dentre outros, entre docente, discente, usuários, equipe de saúde, comunicação, oportunizando o docente e o preceptor avaliarem o discente, assim como o discente fazer sua

auto avaliação. Já a avaliação quantitativa corresponde a realização das práticas educativas, assistenciais e gerência incluídas as consultas e os registros do serviço.

Por outro lado, a auto avaliação tem por finalidade possibilitar o discente refletir sobre o seu aprendizado e condutas cotidianas; a avaliação de grupo propicia o reconhecimento e desenvolvimento das habilidades necessárias ao trabalho em grupo, tais como o compromisso, a responsabilidade, respeito, solidariedade, liderança, interação e participação e por último a avaliação sócio afetiva que refere-se às atitudes, valores, interesses, esforço, participação, comportamento, relacionamento, criatividade, responsabilidade, iniciativa, entre outros.

A avaliação contém as rubricas expressadas com um peso de 10 pontos, correspondendo 5 a nota do docente, 4 a nota do preceptor e 1 a nota do discente.

Neste mesmo contexto, a fala do Ent. Do6 converge com o Doc-14, "Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana" (FEIRA DE SANTANA, 2017) no regulamento do componente curricular Estágio Supervisionado I (Art. 10º), ao definir que a avaliação do componente curricular Estágio será a média ponderada das seguintes avaliações parciais:

a) avaliação da docente enfermeira (orientadora), com peso cinco;

b) avaliação da enfermeira de serviço (preceptora), com peso quatro;

c) avaliação do discente (estagiário), com peso um.

Em vista disso, Gemignani (2012) afirma que a avaliação tem como propósito ajudar o discente a melhorar e amadurecer de maneira progressiva através da identificação e potencialização das suas qualidades, assim como o reconhecimento das fragilidades e limites para que sejam controlados e/ou revertidos. Neste contexto, o docente necessita ter um protagonismo efetivo, pois ele terá que conduzir e estimular o discente a desenvolver habilidades críticas, reflexivas e analíticas para se avaliar e planejar/organizar seu processo de transformação com o intuito de correção dos pontos negativos e construção de novas estratégias de aprendizado.

Deste modo, a avaliação não fica centrada exclusivamente nos resultados obtidos se atingiram ou não o objetivo proposto. Mas, sim, de acordo (GEMIGNANI, 2012; FREIRE, 2016) passa a levar em consideração o processo de ensinar e de aprender como um todo, numa avaliação contínua e constante, envolvendo discentes e docentes (e mais sujeitos, se

assim houver, como no caso as enfermeiras/equipe) numa (des) (re) construção permanente entre os mesmos.

Outrossim, para Silva e Camillo (2007), Laluna e Ferraz (2007), a avaliação implica o ato de confrontar os dados da realidade com o que foi planejado, conforme normas, objetivos e critérios que permitem a atribuição de um valor, utilidade ou significado a esses mesmos dados. Assim, inclui um juízo fundado na realidade, que resulta do seu confronto com um juízo de valor. Portanto, concordamos com esses autores que a avaliação precisa estar comprometida com uma proposta preocupada com o crescimento dos docentes e discentes, ou seja, ela deve ser um instrumento para auxiliar num processo diagnóstico e de tomada de decisões em relação ao processo educativo.

Dados do estudo "Formação para atuar na Atenção Básica: percepção de discentes de enfermagem" (SOBRAL, 2018) a avaliação apresenta-se com caráter processual e formativo, sendo essencial para a melhoria da qualidade da educação, com a utilização de instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, em um processo de construção dialógica, com reflexões coletivas.

Nesta lógica, o Doc-13, "Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001" (BRASIL, 2001) no seu Artigo 15 faz referência à implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares que "devem" orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem, mas necessitam ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Portanto,

1ºAs avaliações dos discentes basear-se-á nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

2º O Curso de Graduação em Enfermagem necessita utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definido pela IES à qual pertence.

Num dos cenários pesquisado deste estudo - o Curso de Graduação em Enfermagem da UPTC, no seu "Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia" (TUNJA, 2010-2019) / Doc-15, concebe o modelo de avaliação do processo de formação de profissionais em concordância com o Modelo

Pedagógico Holístico, que reconhece o docente-educativo como um sistema de natureza consciente, holística e dialética. Também reforça que poderá oferecer um apropriado marco teórico para explicar a dinâmica da avaliação do processo de aprendizagem. Além disso, é participativo, estimula o desenvolvimento pessoal e social dos sujeitos, as qualidades no compromisso social e profissional, a flexibilidade e a transcendência, valora conhecimentos, atitudes, habilidades, portanto, avalia competências considerando toda a personalidade do estudante.

Nesse Doc 15 também estão especificadas as avaliações usadas nos componentes curriculares no contexto da APS/ABS:

- Prova oral
- Prova escrita
- Apresentação de projetos e informes de prática
- Folhetos
- Seminários
- Roda de conversa
- Portfolio
- Observação sistemática da prática

É um sistema de avaliação que associa provas teóricas periódicas com avaliação de competências desenvolvidas no campo prático, com pequenas variações no que se refere à atribuição de notas condicionadas à apresentação de seminários e confecção de portfólios, dentre outros.

7 *PRÁTICAS DE ENFERMAGEM/SAÚDE NA APS/ABS*: o pensar e o fazer dos discentes de Enfermagem



Neste item discutimos como se processam na prática o desenvolvimento das atividades da APS/ABS dos Cursos de Graduação em Enfermagem da UEFS/Brasil e da UPTC/Colômbia. Para tanto consideramos os elementos que constituem o processo de trabalho em saúde e enfermagem como concepções de saúde-doença, objeto de trabalho (matéria a que se aplica o trabalho), cenários das práticas, estratégias metodológicas (meios e instrumentos que facilitam o trabalho), além das competências e habilidades, questões éticas, políticas e técnicas (atividades adequadas a um fim) para o desenvolvimento da Educação, na formação em Enfermagem no contexto da APS/ABS.

Assim, iniciamos esta discussão sobre o entendimento do **processo de trabalho** assumido neste estudo, comungado por Leal e Melo (2021, p. 23) "como um processo intencional e consciente em que o trabalhador, com sua ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio com a natureza para produzir um resultado previamente concebido e demandado socialmente".

Outrossim, particularmente, na área da Enfermagem, esse contexto social requer competências profissionais que implicam novos modos de saber, fazer e ser da enfermeira e de sua equipe nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção com o objetivo de assegurar que sua prática seja desenvolvida de maneira integral e contínua em todas as instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de refletir criticamente, analisar as problemáticas sociais, procurando alternativas de enfrentamento e resolução para as mesmas (RODRIGUES; TAVARES, 2012, DIAS; STOLZ, 2012).

Isto poderá se configurar como um desafio para ocupação de espaços pela Enfermagem relacionada, principalmente, à formação de enfermeiras competentes tecnicamente no cuidado humano, éticos, políticos e comprometidos com o "papel" social da Enfermagem (CORBELLINI et al., 2010). Dessa maneira, para Barlem e outros (2012) a formação profissional que se pretende para os discentes dos cursos de Enfermagem precisa ser fundamentada em conhecimentos e, principalmente, na ética, direcionada para a capacidade de identificar problemas, buscando alternativas para superá-los, por meio do desenvolvimento do raciocínio crítico, da autonomia, da criatividade e da comunicação.

Diante disso, os Cursos de Graduação em Enfermagem, seguindo as determinações das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001), como já referidos anteriormente, objetivam formar um profissional com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo,

dotado de conhecimentos, e habilidades requeridas para o pleno exercício profissional, embasados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, atuando como promotor da saúde integral do ser humano. Para tanto, os conteúdos essenciais para a formação do enfermeiro precisam estar relacionados com todas as necessidades de saúde dos cidadãos, das famílias e da comunidade, além de estarem integrados à realidade epidemiológica do país e da região.

Uma perspectiva quando ficou estabelecido, mediante a Portaria do Ministério da Educação – MEC nº 1721/94 de 15 de dezembro de 1994 que o novo currículo mínimo de Enfermagem deveria contemplar a formação de um profissional que desenvolvesse seu processo de trabalho dentro de uma conjuntura do contexto de saúde do país, respondendo às necessidades de saúde da população, com uma prática profissional voltada também para Atenção Primária, com a abordagem de problemas individuais e coletivos, associando o método clínico e o epidemiológico, incluindo atividades educativas na prática, além das terapêuticas e administrativas (SANTOS et al., 2000).

Neste âmbito, a Atenção Primária é caracterizada por intervenções com o intuito de promoção, proteção e reabilitação da saúde no âmbito individual e coletivo. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) reforça, inclusive, que as práticas dos discentes dentro das unidades básicas são de forma integral e contínua, podendo fortalecer vínculos com usuários/ comunidade e criar um rico campo de aprendizagem com trocas de experiências para acadêmicos e profissionais.

Por conseguinte, compreendemos a valorização dada à formação generalista da futura enfermeira e a ampliação das possibilidades de experiências práticas na APS/ABS. Gondim (2002) reforça que elas poderão ser consideradas como alternativas para atender à exigência do perfil multiprofissional e proporcionar a maturidade pessoal e a identidade profissional necessária para agir em situações de imprevisibilidade, realidade a que estão sujeitas.

Em virtude das exigências próprias da Enfermagem, segundo Oliveira et al., (2012), é indispensável a integração da teoria, sendo esta adquirida em sala de aula com a prática, a qual é obtida em aulas teórico-práticas em campos de estágios, para que assim, o discente possivelmente desenvolva ações as quais o aproxime à realidade de saúde e à sua futura vida profissional, levando-o a refletir sobre sua atuação enquanto enfermeira.

Outrossim defendemos que essa formação necessita incluir uma aproximação com questões concretas da prática profissional para, inclusive, instrumentalizar o desenvolvimento de intervenções e pesquisas que possam mudar a realidade. Um desafio que, de acordo com Silva, Sousa e Freitas (2011) e Carvalho (2011), inclui que a enfermeira seja envolvida com a complexidade da abrangência de sua atuação, integralidade e atenção às necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Para Rossi e outros (2014), nessa dinâmica de aprendizagem e formação profissional, espera-se que o discente de Enfermagem consiga sistematizar uma análise do serviço e implementar ações que contribuam com a qualificação e o exercício da assistência à saúde com ênfase no cuidado integral. Mas, para isso, compreendemos que é fundamental que ele reconheça e identifique criticamente a forma de organização do serviço pelo próprio protagonismo da enfermeira, da caracterização do serviço, do perfil dos usuários dos serviços de saúde, dos recursos oferecidos e da organização do processo de trabalho.

Diante disso, para Bardin (2011), o serviço de saúde utilizado como campo de estágio é parte fundamental para a graduação em Enfermagem, pois tem a oportunidade de fornecer experiências de ensino fazendo com que o discente vivencie o cuidado na perspectiva da integralidade, reflita sobre a realidade do ambiente de trabalho e contribua para a melhoria do mesmo por meio do conhecimento científico em que a Enfermagem é fundamentada.

Neste cenário, Marchioro e outros (2017) veem a possibilidade de vivenciar o dia a dia do processo de trabalho do discente na sua experiência prática sem a figura permanente do docente participando do seu cotidiano, o que contribui na formação do sujeito que dependendo como ele conduz suas atividades, pode ou não preencher lacunas de práticas e conhecimentos, que por vezes, devido as aulas práticas em campo com tempo limitado e a falta de oportunidades para a realização de algumas ações-reflexões-ações, ficaram abertas.

Para tanto, o processo de formação teórico/científico, segundo Gondim (2010), é construído no decorrer da trajetória acadêmica e posto em prática a partir de aulas práticas, nas quais os discentes conhecem os setores, têm o primeiro contato com os usuários, e em seguida pelo Estágio Curricular Supervisionado, onde vivenciam a realidade local e desempenham atividades que possibilitam a aquisição de conhecimentos e o aprimoramento profissional, aproximando-os da realidade do campo de atuação.

Particularmente, o Estágio Curricular Supervisionado (ECS), para Marran, Lima e Bagnato (2015), é o espaço de oportunidade triangulada da realidade profissional concreta listada pela vivência, interação teórico-prática e enfrentamento do conhecimento que poderá levar à reflexão a respeito do curso e das categorias destinadas à formação. Dessa forma, compreendemos que os diferentes ambientes de estágio, ou seja, instituições de saúde e a academia tendem a se unirem cada vez mais, proporcionando para o mercado de trabalho profissionais capazes para o enfrentamento dos obstáculos, levando-os, inclusive, a reflexões acerca dos objetivos e metas no processo de formação do discente e como uma instituição de ensino; também vemos um momento que poderá se tornar uma possibilidade para 'enxergar' e discutir esse assunto em suas demandas diárias.

Porém, não podemos ignorar o impacto da participação de discentes no ECS. Marchioro e outros (2017) vislumbram o impacto no fortalecimento da construção de sua identidade profissional, na conquista da sua autonomia, liderança, resolução de conflitos, capacidade de tomada de decisão, gestão e gerência de pessoal e recursos materiais, medicamentos e insumos, tendo como consequência a qualificação do seu processo de trabalho e uma formação comprometida com o outro.

Entretanto, para Benito e outros (2012), a academia reconhece a dissociação entre o aprender e o fazer como uma questão determinante na concepção pedagógica revelada pela dicotomia entre teoria e prática, entre ensinar e cuidar e pela organização da estrutura institucional muitas vezes fragmentada em departamentos. Uma realidade que remete à necessidade de ampliar a discussão à formação da enfermeira para além dos muros da Universidade no sentido de incorporar outros espaços e novos sujeitos na formação deste profissional, o que pode ser favorecido pela integração discente-docente-enfermeira dos serviços e demais integrantes da equipe de enfermagem e equipe de saúde durante o Estágio Curricular Supervisionado. Entendemos que esta é uma proposição que tem a finalidade de desenvolver no discente uma consciência crítica e reflexiva, bem como estimular a capacidade de compreender e intervir na realidade social.

Ademais é necessário que compreendamos que a capacidade do discente de enfermagem intervir na realidade social advém das práticas de enfermagem/saúde desenvolvidas. Portanto, temos que ter clareza sobre a compreensão ou significado de práticas que defendemos.

Neste contexto, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), no que concerne a atuação das enfermeiras na Atenção Primária, a Política Nacional de Atenção Primária atribui a esses profissionais a realização de atividades que contribuam para a organização da demanda referenciada nas UBS, sendo inclusive consideradas como as profissionais mais indicadas para a organização, coordenação e gerenciamento de grupos específicos de indivíduos, famílias e dos insumos necessários para o adequado funcionamento das UBS.

De acordo com Noro e Torquato, (2015) o atendimento realizado na Atenção Básica é composto por várias atividades feitas pela equipe no domicílio, como cadastramento; busca ativa; ações de vigilância e de educação em saúde, desenvolvimento de diversas atividades de cuidados ao paciente, como a Consulta de Enfermagem; hábitos de vida; aferição de pressão arterial; e orientação sobre as doenças e uso frequente de medicamentos.

Nesta perspectiva, a formação profissional passa a requerer processos educativos que permitam adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de serviços, de modo a contemplar a contradição entre ser capaz de desempenhar uma polivalência funcional, ao mesmo tempo, que ser capaz de deter um conhecimento especializado que favoreça a atuação em diferentes cenários e práticas (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

Portanto, as práticas de saúde na contemporaneidade vêm sendo foco de atenção diante das novas concepções de ser humana, vida, saúde, sociedade, cuidado de saúde, dentre outras, remetendo à construção de tecnologias de processos de gestão que integram o ser, o pensar, o fazer, o estarem mobilizando ações de cuidado humano (ERDMANN, et al., 2006).

Além disso, as práticas de saúde somente poderiam ser entendidas na articulação com as demais práticas sociais, especificamente no papel de reconstituição das condições necessárias para a reprodução da força de trabalho (corpo dos sujeitos como agente de trabalho) e atenuação das tensões sociais próprias da desigualdade na sociedade capitalista (PEDUZZI et al. 2020). Para mais, Mendes-Gonçalves (2017) introduzem uma mudança no âmbito teórico e de pesquisa, visto que coloca o entendimento das práticas em saúde na sua articulação social, sobretudo nos processos de trabalho.

Dentre as práticas citadas pelos participantes do estudo realizadas pelos discentes (enfermeirandas) na APS/ABS, apresentamos:

-Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A SAE foi destacada pelas enfermeiras docentes dos Cursos de Graduação em Enfermagem tanto da UEFS (Ent. Do4/UEFS, Ent. Do10/UEFS e Ent. Do11/UEFS) quanto pelas enfermeiras docentes da UPTC (Ent. Do23/UPTC e Ent. Do30/UPTC), apresentando-se convergências nas suas falas no contexto da APS/ABS, iniciada com a observação e identificação das necessidades do sujeito e o serviço; em seguida a formulação do diagnóstico, a elaboração do planejamento das intervenções de cuidado, a execução das intervenções planejadas e por último a avaliação dessas intervenções.

> Na prática a gente trabalha com a **Sistematização da Assistência de Enfermagem** também em cada um desses itens relacionados aos transtornos. **Na prática a gente trabalha muito com o planejamento, né?** Das ações diante das percepções das necessidades (Ent. Do4).

> Sim, a **sistematização da assistência de Enfermagem** a todo momento a gente traz para eles que precisa ser feito, que é **identificar o problema, traçar o diagnóstico de enfermagem, implementar qual cuidado que vai ser feito e estar avaliando se o plano de cuidado** que foi traçado ele está sendo eficiente ele tá sendo eficaz para o cuidado do indivíduo (Ent. Do10).

> [...] então na disciplina como são a carga horaria é pequenas eles fazem assim **levantamento de informação, um diagnóstico** assim mais superficial, mas de qualquer maneira eles sabem que eles têm que buscar toda aquela informação para **subsidiar o planejamento então uma coisa importante também ele conhecer isso como elaborar a territorialização no âmbito daquela unidade**, entender como se dar [...] (Ent. Do11).

> [...] ellos **hacen una investigación de, de qué problemas existen** en, en digamos **primero con el análisis de situación de salud,** digamos que pueden priorizar cuales son las temas más importantes del municipio, [...] igualmente eso les permite, eh, también valorar cuales son las, eh, **propuestas de intervención** que ha habido en escenarios distintos y que les pueda servir a ellos para poder intervenir de modo que las iniciativas que ellos tengan no sean empíricas sino que sean basados en la evidencia y pues obviamente como son poblaciones vulnerables, eh [...] ya después cuando vienen problemas, eh, del tema de la **formulación de, de resultados esperados**, es cuando viene la **incorporación de las estrategias,** entonces si es de **promoción de la salud** [...]**entonces si es la educación para la salud tiene que mirar cual es el enfoque que van a trabajar o si es política pública,** [...]y ellos hacen digamos **integran al equipo y desarrollan las consultas, los procedimientos, según el, la temática** [...] (Ent. Do23).

> [...] **esas actividades de promoción de la salud, de mantenimiento de la salud, de prevención de la enfermedad, nacen de las necesidades**

> **diagnosticadas** en la, en, en **esos instrumentos previos antes de ir a las prácticas** ¿no?, [...] entonces, eh, se **realizan, eh, estos talleres interactivos con las personas ¿cierto?** [...] eh, **que van como encaminadas o si hacia la educación en salud para que la salud,** sea una salud con calidad, para mantener esa salud, se hacen visitas domiciliarias, ehh, se hacen talleres de, de toma de decisiones[...] (Ent. Do30).

Todavia, ao se referirem à SAE, as enfermeiras docentes não explicitam a atividade gerencial, inerente a tal prática, o que vem sustentar a sua "invisibilidade", fortalecendo a dicotomia assistência e gerência. Contudo, todo processo da Sistematização da Assistência de Enfermagem é permeado por atividades gerenciais como planejamento, estratégias, análise de problemas, diagnóstico, territorialização, intervenções e outros. Uma contradição, pois "o processo de trabalho da enfermeira é caracterizado pelo modo como ela conduz seu trabalho, executando atividades e tarefas assistenciais e gerenciais, mediadas por relações de poder" (LEAL; MELO, 2021, p.17).

Os discentes também ratificam em suas falas a SAE nos campos de prática da APS/ABS, descrevendo a seguir todo o seu processo:

Inicia-se com a identificação o problema/necessidade do sujeito e do serviço, permitindo a definição do diagnóstico de Enfermagem que subsidiará o planejamento das intervenções dirigidas ao cuidado do indivíduo, família ou comunidade.

Posteriormente, realiza-se o plano das intervenções de cuidado proposto pelo discente, considerando-se os conteúdos teóricos, os instrumentos como princípios morais, a empatia, a comunicação, a relação interpessoal e a reflexão crítica, demonstrando assim, a resposta em termo do compromisso ético, político e técnico, no sentido de proporcionar o cuidado e atender às demandas do usuário, mediante a liderança, responsabilidade, compromisso, sensibilidade, respeito, acolhimento e vínculo.

Em seguida, são implementadas as intervenções com a execução de atividades assistenciais de promoção de saúde e prevenção da doença, atividades gerenciais, atividades de extensão, educação em saúde, visitas domiciliares e a desinstitucionalização para a inserção do sujeito dentro do espaço social da Atenção Primária à Saúde.

Finalmente essas intervenções são avaliadas de forma processual para confirmar se o plano de cuidado traçado está sendo eficiente e eficaz para o cuidado do indivíduo, a família ou a comunidade.

Outrossim, outras atividades citadas complementam o processo de trabalho do discente de enfermagem na APS/ABS como consulta **de enfermagem, educação em saúde, ações de promoção e manutenção da saúde e prevenção de doenças.**

As falas dos discentes, Ent. Di17/UEFS e o Ent. Di33/UPTC também convergem com as falas desses docentes a respeito das atividades como a **identificação dos problemas de saúde da população, consulta de Enfermagem,** complementando com a atividade **visita domiciliária**.

> Tem, tem sim**, é a gente identifica o problema e aí a depen.. depender do problema a gente pode resolver na unidade básica mesmo,** por exemplo, infecção sexualmente transmissível já que eu já tava com esse tema é são é coisa que a gente resolve no próprio na própria unidade, **como enfermeira tem autonomia de prescrever certas medicações** então essas medicações pra infecção **a gente consegue dar na unidade básica pra pro paciente e ele faz o uso e depois volta no retorno da consulta pra gente** (Ent. Di17).

> [...] en cuanto a la **Atención Primaria en Salud** si siento que, bueno en la atención digamos en **educación** cuando realizamos **visita domiciliar**ia en general o **cuando realizamos actividades con la comunidad**, eh, **siento que los conocimientos fueron acertados** debido a que, eh, nos desempeñamos en este entorno, o bueno, **nos daban como las herramientas para que nosotros** conociéramos, **conociéramos las necesidades de las personas a las que íbamos a intervenir, entonces desde ese punto de vista siento que fue algo acertado,** eh, el hecho de que **nos permitieran primero hacer un estudio de la personas a las, con las que íbamos a estar en contacto para nosotros realizar ya después nuestra planeación de nuestra intervención como enfermeros** [...] (Ent. Di33).

Outros discentes, Ent. Di14/UEFS, Ent. Di16/UEFS e o Ent. Di33/UPTC, complementam as falas anteriores ao mencionarem que durante as atividades práticas no contexto da APS/ABS o discente realiza **intervenções educativas individuais e coletivas para a promoção e educação em saúde**, além de elaborar seu próprio material didático para passar orientações sobre saúde na sala de espera da USF e/ou UBS, mediante a roda de conversa, feiras educativas, utilizando-se de uma diversidade de estratégias ou instrumentos

metodológicos como mapa conceitual, álbum seriado, vídeos, pôsteres, cartilhas, dentre outros.

> **A gente faz educação em saúde**, **faz rodas de conversas**, outras formas que a gente busque de alguma forma passar o conhecimento que é necessário para a comunidade a respeito de alguma doença, seja ela crônica ou não, **e a gente usa artifícios que possam ajudar esse momento a ficar mais dinâmico e às vezes mais interativo com as pessoas. A gente usa mapa conceitual, álbum seriado, rodas de conversa entre outras formas de passar essa mensagem** (Ent. Di14).

> Se dá por consultas, aqui na unidade tem reunião comunitária, que é uma reunião que a população vem, **geralmente nós realizamos sala de espera dentro da unidade sempre é na unidade, sala de espera, às vezes nos realizamos feiras também, feiras educativas** nesse sentido de fazer testes rápidos ensinar como se utiliza preservativos, enfim (Ent. Di16).

> Bueno, eh, en primer lugar, **las actividades que realizamos**, eh, nosotros, eh, pues a mí me parece que ha sido la materia en la que más hemos trabajado en nuestra parte creativa, entonces esas actividades que nosotros realizábamos **eran cosas como videos, posters que ponía, que poníamos en la universidad, eh, algunas cartillas que entregábamos** en el, en el hospital, **eh, material didáctico, fichitas, eh, frisos que, que le entregábamos a la gente para poderla informar** (Ent. Di33).

-Práticas de Tecnologias leves (Tecnologias das Relações): subjetividade nas relações interpessoais discente-usuário na APS/ABS

Fragmentos de outras falas são verbalizados pelos Ent. Di14 e Ent. Di15 da UEFS diferentemente das falas anteriores ao referirem que, no decorrer das atividades práticas no contexto da APS/ABS, o discente consegue dar visibilidade às tecnologias leves (tecnologias das relações) ao estabelecer uma relação de afeto e confiança com o usuário, sem fazer julgamento diante a sua realidade, mediante o acolhimento, a conversa, a escuta ativa e o atendimento.

> **Eu consigo nas práticas perceber muito afetividade**, **muita gente quando estão ali sentam com a gente para conversar, estão se abrindo e ao meu ver se abrir para uma pessoa que você não conhece é confiança demais**, você confiar na outra pessoa muito e nesses momentos eu acredito que **eles olham para a gente como uma possibilidades de resolver aquilo que eles estão pedindo e então eu consigo perceber que eles pra gente é um respeito muito grande** e obviamente com eles eu também tenho esse respeito muito grande e **eu consigo perceber isso, tanto com os professores que vão com a gente nós somos muito comunicativos**, eu pelo menos sou muito comunicativo, busco sempre poder pesquisar mais, poder está com eles ali para poder entender, **conversar sobre, são pessoas que gostam de trocar conhecimentos não são fechados** (Ent. Di14).

> Olha, eu conversava muito com elas, eu aprendi a desenvolver esse meu lado de conversar porque eu era muito calada, muito tímida. E com o tempo eu fui estudando, fui aprendendo sobre os assuntos, sobre a questão **do ouvir o outro, de não julgar, de saber respeitar o próximo né? De saber viver a realidade que o outro está passando antes de apontar o dedo, e de acolher aquele usuário** e de apresentar a melhor realidade para ele, a melhor saída que ele tem né? E de saber ele vai querer ou não aquela ajuda, e é isso (Ent. Di15).

Inclusive os dispositivos das tecnologias leves também são verbalizados pelos docentes, Ent. Do26 e Ent. Do27 da UPTC, ao referirem que os discentes durante as atividades práticas no contexto da APS/ABS, têm uma atitude de **respeito, responsabilidade, compromisso e uma sensibilidade especial pelo outro**, além disso, estabelece um **vínculo de afeto** no momento da execução do cuidado de Enfermagem.

> [...] que evidencia obviamente esa **responsabilidad y ese compromiso que ellos tienen y la sensibilidad pues, pues mucho más, ellos se involucran a veces más, demasiado,** eh, pues digo demasiado porque hay alguno que se llegan a afectar, [...] **su sensibilidad esta pues permanente**, **ellos lo hacen saber cuándo redactan y construyen sus narrativas de enfermería todas muy sentidas y muy emotivas porque son momentos de cuidado que les tocan el corazón y, y que les extraen aún más esa sensibilidad** que, que ellos tienen, yo te lo podía más o menos contar así. [...] (Ent. Do26/UPTC).

> [...] que los estudiantes yo creo que lo **estudiantes de salud si tienen una sensibilidad especial con los otros seres humanos, logran desarrollar vínculos afectuosos o por lo menos si no son de afecto almenos de respeto por el otro por su condición, por su situación,** y pues uno no observa comportamientos desagradables no [...] (Ent. Do27/UPTC).

Nestes fragmentos de falas os Ent. Di14/UEFS, Ent. Di15/UEFS, Ent. Do26/UPTC e Ent. Do27/UPTC consideram importante a tecnologia das relações como afetividade, confiança e respeito criada entre o discente e o usuário durante o desenvolvimento das atividades práticas no contexto da APS/ABS, cenário que permite resolver, na medida do possível, as necessidades dos usuários (individual/coletivo), além de possibilidade de gerar uma troca de conhecimentos entre os sujeitos sociais (individual e coletivo). Por outro lado, salientamos que nesse cenário também se apresenta o usuário que precisa apenas de uma oportunidade para comunicar-se ou ser escutado, atitudes aqui verbalizadas que integram valores éticos da Enfermagem.

-Componentes Éticos, Políticos e Técnicos.

O Ent. Do26/UPTC faz referência aos componentes éticos das atividades práticas no contexto da APS/ABS estão orientados sob a Lei do exercício da profissão de Enfermagem na Colômbia Ley 266 de 1996 (COLOMBIA, 1996), a Lei dos Princípios e Valores Éticos do Cuidado de Enfermagem Ley 911 (COLOMBIA, 2004), e os protocolos de procedimentos dos serviços de saúde dos diferentes cenários de prática no contexto da APS/ABS.

> [...] de los **componentes éticos pues básicos nosotros tenemos las normas colombianas la 266 y la 911 que, que son la base fundamental del desarrollo del cuidado de la enfermera** [...] **pues cada institución tienen unos, unos, unos lineamientos y unas normativas que el estudiante debe tener en cuenta ya en el momento de, de, de, de materializar todos estos conocimientos,** eh, las, las, los **componentes técnicos** de los que tu me hablas pues **en cada institución hay un protocolo de manejo** [...] **relacionado con el procedimiento**, un documento relaciona o una **guía de manejo, una guía técnica** que llamamos acá para todo el, **para el manejo de, de enfermedades, para la ejecución de procedimientos, para la ejecución de actividades** [...](Ent. Do26/UPTC).

Considerando o ponto de vista ético, para o discente, Ent. Di33/UPTC, nas atividades práticas desenvolvidas pelo discente no contexto da APS/ABS, o termo de Consentimento Livre e Esclarecido é aplicado com o usuário, antes de realizar algum procedimento.

> [...] por decir **desde el punto de vista ético**, mm, a nosotros a nivel teórico nos prepararon muy bien en, en la manera en que debíamos reaccionar y **como debemos tomar respetuosamente las decisiones de las personas, cuando debíamos aplicar un consentimiento informado**, que realmente es todas las veces, em, cuando pues, **cuando se requiera de un consentimiento físico o simplemente cuando uno le informa a la persona y le pide permiso de manera verbal,** entonces, eh, todas esas situaciones, eh, que, eh, que están relacionadas con la **ética profesional** (Ent. Di33).

Ainda a respeito dos componentes éticos, políticos e técnicos, apresentamos uma fala diferente do Do22/UPTC ao referir que os conhecimentos cognitivos se estruturam a partir dos saberes prévios do discente e da sua própria circunstância como sujeito no mundo, considerando o aspecto político e técnico, possibilitando realizar as **intervenções de Enfermagem desde a empatia e a compreensão pelo outro.**

> En lo **cognitivo** viene solamente, no solamente ¿no? **Viene de algunos conceptos muy, eh, trabajados a ligera un poco pero trabajados y eh, más del conocimiento previo que trae el estudiante desde su propia circunstancia como sujeto en el mundo y ahí está lo político y lo ético ¿no?** Porque cuando tu te ubicas como sujeto humano transformador de las circunstancias propias y de los otros y de las otras garantizas ese elemento distinto, de manera distinta ¿no? Porque no es que yo voy a aplicar el concepto, yo voy a aplicar una técnica, yo voy a aplicar un procedimiento a esta intervención porque así me lo enseña la cartilla o así lo dice el APS que lo que tengo de hacer ¡no! **Lo hago porque me sensibilizo con el otro, porque estoy entendiendo, comprendiendo, poniéndome en situación con el outro** (Ent. Do22/UPTC).

A respeito das tecnologias das relações referidas tanto pelos docentes quanto pelos discentes durante as atividades nos campos de prática no contexto da APS/ABS, presenciamos o **acolhimento** dos discentes para com os usuários nas UBS, mediante uma postura ética, uma escuta ativa do usuário para conhecer as suas necessidades, reconhecendo-se como protagonista no processo saúde–doença, denotando assim, uma responsabilização pela resolução do problema e a ativação das redes de atenção.

Quando falamos em **acolhimento** ele inclui a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando- se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Segundo o Doc-5, "Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde" (BRASIL, 2012) o acolhimento como diretriz, caracteriza um processo dinâmico, contínuo, que integra ações, profissionais, serviços, ferramentas e tecnologias para o alcance do melhor nível de resolubilidade às necessidades das pessoas usuárias, envolvendo todas as etapas da produção do cuidado. Para tal, compreende os seguintes objetivos:

- Garantir acesso, avaliação e cuidado resolutivos.
- Organizar o atendimento à demanda não programada (demanda espontânea) definindo prioridades por meio de critérios clínicos, e não por ordem de chegada ou vaga na agenda.
- Avaliar queixas clínicas mais frequentes, comuns, presentes no cotidiano dos serviços, e o atendimento a situações de urgência menores na Atenção Primária.

- Desenvolver a escuta qualificada e o atendimento humanizado, centrado na pessoa e na família.

De modo geral, durante as atividades nos campos de prática no contexto da APS/ABS, presenciamos que os discentes tiveram bom acolhimento com os usuários que assistem à UBS, mediante uma postura ética, uma escuta ativa do usuário para conhecer as suas necessidades, reconhecendo-se como protagonista no processo saúde–doença, denotando assim, uma responsabilização pela resolução do problema e a ativação das redes de atenção.

-**Acompanhamento do processo de trabalho da enfermeira na UBS/USF pelo discente/UEFS**

O discente teve a oportunidade de identificar a estrutura e funcionamento daquela unidade e acompanhou a enfermeira no atendimento de consultas, reuniões de planejamento e avaliação da equipe, desenvolvimento de sala de espera, ações de promoção da saúde na escola e programas que são implementados em toda a rede. Também participa nas atividades do controle social em saúde, a reunião da a comissão intergestora regional, a governança regional, a eleição de conselho local, a reunião de conselho local de saúde, elaboração do plano municipal de saúde na programação de saúde, e emprega os instrumentos de gestão do SUS permeando esse sistema local de saúde ou sistema estadual.

As falas expressadas pelos docentes e discentes da UEFS, Ent. Do4, Ent. Do10, Ent. Do11, Ent. Di14, Ent. Di15, Ent. Di16 e o Ent. Di17 apresentam uma aproximação da realidade observada no decorrer da coleta de dados das atividades nos campos de prática, exemplificadas a seguir:

- o discente acompanhar o desenvolvimento e cumprimento das atividades da enfermeira durante a consulta de enfermagem relacionada ao sistema de agendamento segundo o ciclo vital e a capacidade de usuário;

- o acompanhamento da docente supervisora com os discentes na orientação do preenchimento das fichas de atendimento dos usuários da UBS, a construção das aulas educativas para a sala de espera, e a revisão do planejamento das atividades semanais, feito junto como o pessoal da UBS;

- o discente efetuar procedimentos durante a consulta de enfermagem com a supervisão e apoio da docente dentro das competências éticas e técnicas na aferição da pressão arterial e no desenvolvimento e crescimento da criança, como o exame físico (auscultação, medição do perímetro abdominal e cefálico, cálculo do peso e estatura da criança);

- a realização do teste rápido de Hepatites B e C aos usuários da UBS, e vimos o uso das competências técnicas adequadas por parte de alguns discentes na preparação do material, coleta de sangue e processamento dos resultados. Nessa atividade, também vimos alguns discentes que não conseguiram fazer a coleta corretamente pela falta de manejo da técnica, além de não explicar previamente o procedimento ao usuário.

- **Atividade de Educação em Saúde**

O estudo, "Educação em saúde na Atenção Básica: Sujeito, diálogo, intersubjetividade" (DANTAS, 2010) comenta que o cenário mais utilizado para a realização das atividades na Atenção Primária compreende as práticas de **educação em saúde**. Práticas que poderão contribuir para a melhoria no autocuidado do usuário do sistema de saúde, assim como fazer com que a população adquira conhecimentos e modifique sua opinião em relação à prevenção de doenças, reajustando, consequentemente, seus hábitos de vida, além de desenvolver nos usuários a autonomia diante do seu processo de cuidado em saúde.

E, considerando que a educação em saúde está relacionada à aprendizagem desenhada para alcançar a saúde, Siqueira (2012) refere que torna-se necessário que seja voltada para atender a população de acordo com sua realidade, uma vez que poderá provocar conflito nos indivíduos, criando, oportunidade da pessoa pensar e repensar a sua cultura, e ela própria transformar a sua realidade.

Nessa atividade, observamos que alguns discentes têm habilidades para o desenvolvimento das atividades educativas em saúde, tendo como cenário a sala de espera. Naqueles momentos educativos observamos que os discentes apresentavam segurança, destreza e habilidades na transmissão dos conhecimentos sobre as temáticas relacionadas com a alimentação saudável e a Hepatites B e C.

Por conseguinte, existe uma apreensão de saberes cognitivos nos discentes, no momento de realizar a atividade educação em saúde com material educativo e estratégias

metodológicas pertinentes, com uma participação proativa dos usuários numa interação dialógica com questionamentos e trocas de conhecimentos. Todavia observamos mesmos que tenham sido poucas vezes, que existiram momentos durante a prática educativa o uso de uma linguagem muito técnica para expor o assunto aos usuários presentes na atividade, dificultando o seu entendimento sobre determinados aspectos.

Com referência às práticas pedagógicas e práticas propriamente ditas sobre o fazer da Enfermagem no contexto da APS/ABS, a observação nos permitiu também evidenciar que o discente executa essas práticas pedagógicas durante a Consulta de Enfermagem, visando à construção de um sujeito/usuário em estado de permanente aprendizagem, portanto, realiza a abordagem individual na consulta de planejamento familiar com recomendações nutricionais para a prevenção da hipoglicemia na mulher, além disso, na consulta à criança no serviço de Crescimento e Desenvolvimento Infantil observamos a atividade de educação para a saúde dirigida à mãe, explicando a importância do aleitamento materno exclusivo, a alimentação e necessidades da criança e a técnica para realizar-se a limpeza da via respiratória da criança.

Uma situação observada no desenvolvimento das práticas de enfermagem que nos levou a refletir foi que no decorrer dessa atividade de educação em saúde que aquele discente em nenhum momento considerou a cultura, as crenças populares em saúde, nem o nível educativo da mãe da criança, antes da execução da prática.

O que entendemos como limite /dificuldade no processo interativo profissional-usuário, até porque a orientação dada à mãe sobre o aleitamento materno exclusivo foi imperativa, sem ouvir sua realidade, seus valores, crenças ou anseios sobre o aleitamento materno, sendo notória sua resistência em aceitá-la já que naquele momento estava com certo convencimento da criança ter uma alimentação mista, ou seja, inclusão de outros alimentos antes dos 6 meses de vida.

Outrossim, na UBS/USF os discentes realizaram uma outra atividade também de educação em saúde na Sala de Espera com a participação das mães das crianças que tinham programadas consultas de Enfermagem (Serviço de Crescimento e Desenvolvimento Infantil) os tópicos abordados estiveram relacionados com a alimentação e as técnicas de massagem terapêutico para eliminar as cólicas do bebê com algumas intervenções da docente supervisora para reforçar a informação compartilhada.

Neste sentido, para alcançar níveis adequados de saúde, Ferreira e Lopes (2013) afirmam que as pessoas precisam saber identificar e satisfazer suas necessidades básicas, e serem subsidiadas por políticas públicas que permitam o alcance de melhor bem-estar, como também precisam ser capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de disporem dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Por conseguinte, a educação em saúde significa a contribuição na aquisição de autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a vida.

Entre as estratégias pedagógicas /metodológica utilizada na prática de educação em saúde tem:

-Sala de Espera, onde são realizadas as atividades de educacão em saúde, Rosa, Barth e Germani (2011) a concebe como uma ferramenta capaz de viabilizar maior interação entre profissionais de saúde e usuários, sendo esse contexto favorável para que haja construção de relações mais satisfatórias e de vínculos. Tais autores reforçam ainda que ela potencializa a oferta de diálogos com discussões a respeito de temas emergentes, contribuindo na interrelação entre usuários e trabalhadores da saúde. Observamos que essas ações conseguem proporcionar uma qualidade maior no atendimento prestado e, prover acolhimentos de acordo com a necessidade do público, sendo possível uma maior humanização no serviço e a sobreposição do cuidado integral frente ao cuidado biológico.

Além do mais, para Emmi e Pires (2016) e Veríssimo e Valle (2006) a Sala de Espera pode se estabelecer como um recurso viável para a realização de atividades em Educação em Saúde, pois se trata de um momento que oportuniza a aprendizagem de novos conhecimentos, a troca de experiências, a identificação de temas pertinentes à comunidade e a criação de vínculo entre profissionais e usuários. O momento em que os usuários muitas vezes estão ociosos a espera por uma consulta, é transformado em um instrumento produtivo onde acontece a transformação social, a ressignificação de hábitos e a reflexão sobre os temas discutidos.

Outros instrumentos pedagógicos utilizados são rodas de conversa, feiras educativas, distribuição de cartilhas sobre saúde, mapa conceitual, álbum seriado dentre outros.

-**Prática Gerencial: uma ação ‘invisível?**

No que diz respeito às práticas propriamente ditas sobre o fazer da Enfermagem no contexto da APS/ABS, observamos o preenchimento da ficha no sistema de informação com o número de usuários atendidos durante a jornada de trabalho por parte do médico e os procedimentos executados.

Porém, historicamente, segundo Almeida e Rocha (2000), a Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, quer individualmente, quer na família ou com grupos da comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes.

Contudo, essa essência e especificidade do cuidado ao ser humano assumido pela enfermagem, e resultantes da.

> “ predominância do pensamento fetichizado apoiado por uma ideologia do cuidado centrado no paciente de que as atividades gerenciais impedem que a enfermeira execute plenamente a ‘prática da enfermagem’, ‘o cuidado’, pois as ações assistenciais são mais valorizadas no campo da enfermagem do que as ações gerenciais. Estas últimas são, em alguns casos, classificadas como desvio de funções LEAL; MELO, 2021, p.87).

- Consulta de Enfermagem

Particularmente, Dios Guerra e outros (2013) consideram a Consulta de Enfermagem como um espaço propício para o desenvolvimento das práticas de cuidado, pois nela a enfermeira tem a oportunidade de ouvir demandas, avaliar as condições de saúde físicas e psicoemocionais, conhecer mais profundamente o usuário e orientar.

O estudo, “Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na Atenção Básica” (ACIOLI, et al., 2014) refere que a Consulta de Enfermagem é uma prática de cuidado desenvolvida pelas enfermeiras, e associada à oportunidade de realizar atividades educativas, fortalecer o vínculo, conhecer e ouvir o usuário, além de ser orientada para os conflitos, as dificuldades e a resolução dos problemas do usuário dentro de seu contexto social

Segundo o Doc-5, “Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2012) o Processo de Enfermagem ou Consulta de Enfermagem constitui-se na

dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, seguindo metodologia orientadora do cuidado e do registro desta prática profissional. Assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem na APS/ABS precisa ser realizada tanto na Consulta de Enfermagem no âmbito da unidade de saúde quanto nas ações desenvolvidas na comunidade, durante a visita domiciliar ou em outros espaços do território.

Segundo o mesmo Doc-5, entre as atribuições da enfermeira na APS/ABS, estão a realização de assistência integral as pessoas e famílias na unidade de saúde desde o acolhimento com classificação do risco para os cuidados primários na Consulta de Enfermagem, bem como, e quando necessário, ações no domicílio por meio da visita domiciliar e/ou em outros espaços comunitários para promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

O mesmo documento especifica que a Consulta de Enfermagem necessita estar baseada em suporte teórico que oriente e ampare cada uma das etapas do processo, as quais descrevemos:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de Enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de Enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de Enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Salientamos que no período da coleta de dados nos cenários de práticas e/ou estágios, o **Processo de Enfermagem ou Consulta de Enfermagem** foi reforçado nas falas das entrevistadas como uma estratégia metodológica utilizada a **territorialização em saúde**, definida por Colussi e Pereira (2016) como uma prática que possibilita o reconhecimento do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população de determinado território, assim como o acesso dessa população a ações e serviços de saúde, viabilizando o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas à realidade cotidiana das pessoas.

Para Gondim (2011) a territorialização compreende:

- um processo de habitar e vivenciar um território;
- uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações;
- um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos e outros) e
- um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde.

Essa territorialização é realizada pelo discente/UEFS, inicialmente, com a técnica de entrevistas a informante chave e, em seguida ele faz o reconhecimento do território e toda a sua área de abrangência. Esse processo de reconhecimento é realizado possibilita o discente atentar para a articulação entre a estrutura da atenção à saúde naquela unidade e o próprio sistema local de saúde.

-Visita Domiciliária (VD)

Um outro aspecto a considerar nessa primera etapa é a visita domiciliária, definida por Kawata e outros (2013), como uma ferramenta muito utilizada pelas enfermeiras para a prestação da assistência no ambiente domiciliar, dessa forma é necessário o planejamento do

número de visitas ou encontros necessários para o tratamento e orientações ao usuário e também criar a relação de ajuda familiar, além do foco no cuidado e acompanhamento clínica

Além disso, esses autores complementam que a enfermeira utiliza a visita domiciliária como estratégia de cuidado, pois além de planejar a atividade, avaliar as condições de saúde da família e propor condutas, ela desenvolve ações de modo ampliado, incluindo ao recorte individual biológico o contexto social, numa perspectiva longitudinal da atenção.

Conforme Noro e Torquato (2015), na visita domiciliária é essencial que a assistência prestada seja de forma acolhedora, para o fortalecimento do laço paciente-profissional, estimulando a participação da família tanto nos cuidados como no suporte afetivo do paciente.

Vemos na história da Enfermagem que a VD registra o protagonismo das enfermeiras em estabelecer e atender às necessidades de Saúde Pública de seus usuários. Ademais, segundo Poter, Perry, Stockert e Hall (2018), dentro de ambientes de saúde na comunidade, as enfermeiras, comumente, são líderes em avaliar, formular diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação final dos tipos de serviços de saúde na comunidade e serviços públicos necessários. Portanto, a Enfermagem de Saúde na Comunidade e a Enfermagem de Comunidade ou em Saúde Coletiva são componentes de um sistema de atenção à saúde que poderá melhorar a saúde do público em geral.

O estudo de Acioli e outros (2014) considera a visita domiciliar como prática de cuidado desenvolvida pela enfermeira na ABS. Tal prática está relacionada a investigação das necessidades de saúde, realização de atividades assistenciais, a escuta ativa, educação em saúde, observação da estrutura física, alimentação e relações familiares. Ademais a VD proporciona um espaço de atenção, diálogo, intervenção e vínculo.

-Promotora da Saúde

Diante de tais ideias, é perceptível para Araújo (2005) que a enfermeira vem construindo sua participação na comunidade também como promotora de saúde. Com isso, vem adquirindo, possivelmente, maior legitimidade social porque ganhou de certa forma, maior visibilidade pelo trabalho que vem realizando nos territórios.

Como promotora da saúde, a enfermeira, segundo Oliveira e outros (2011) é uma profissional que tem várias atribuições relacionadas à promoção da saúde. Entre elas citamos a sua atividade como educadora não só na organização de grupos de educação em saúde, mas

também quando está em visita aos domicílios ou, até mesmo, durante as Consultas de Enfermagem ou realização de procedimentos técnicos.

Portanto, entre as estratégias que visam fortalecer a promoção da saúde está a educação em saúde, que foca à conscientização, sensibilização e mobilização individual ou coletiva para o enfrentamento de situações que interferem na qualidade de vida das pessoas, sejam relativos a fatores individuais (intrínsecos) ou ambientais (extrínsecos) (SALCI et al., 2013).

Mesmo com uma diversidade de práticas efetivas desenvolvidas pelos discentes dos Cursos de graduação em Enfermagem das IES estudadas no processo ensino aprendizagem há **dificuldades/limites**.

Com relação aos limites/dificuldades para o desenvolvimento das atividades práticas dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS, o Ent. Do9 da UEFS identifica as lacunas de alguns discentes em relação com os componentes teóricos prévios às atividades práticas, a **terceirização dos serviços**, a **divergência entre o ideal e o real do campo de prática**, a **falta de material para executar as técnicas**, a **intensificação da jornada de trabalho**, a **falta de transporte** e a **valorização da queixa-conduta**.

> A gente precisa **fazer um bom arranjo entre técnica, pra chegar essa questão cognitiva**, **a questão dos objetivos da disciplina com a realidade das unidades de saúde.**.. Então, por exemplo, **a própria terceirização da saúde dificulta você a atuar com os estudantes na perspectiva do processo de trabalho em saúde,** porque a terceirização prejudica o trabalho em equipe... Por exemplo, **você vai trabalhar a questão das técnicas, mas aí falta material, entendeu? Você vai trabalhar a questão do campo da educação popular, mas aí você tem uma unidade cuja a intensificação da jornada de trabalho é tão grande que não permite**, por exemplo, a equipe **desenvolver ações no campo da educação popular**, no campo da educação em saúde [...]Vez ou outra **os trabalhadores da unidade não podem realizar uma visita domiciliar porque não tem o transporte**, então você quebra aquilo que seria o trabalho junto à comunidade. Você quebra o que seria o trabalho da busca ativa, da vigilância à saúde e **isso força o trabalhador, por exemplo, a atuar numa perspectiva das quatro paredes, daquela coisa da queixa-conduta** (Ent. Do9/UPTC).

O discente, Ent. Di16/UEFS, tem uma fala convergente com o docente, Ent. Do9/UEFS, a respeito do modelo de saúde caracterizado na queixa-conduta das atividades práticas no contexto da APS/ABS, ao ratificar que o discente acaba se adequando ao sistema

de queixa-conduta estabelecido na AB, e observa que existe uma sobrecarga de trabalho da enfermeira, interferindo na liderança, no trabalho em equipe, no conhecimento técnico cientifico, e na assistência ao paciente na consulta de Enfermagem.

> **Então aqui eu percebo que as nossas práticas acabam se adequando ao que já está**, isso é o que foge do que a gente estuda, **a gente estuda na teoria, quando chega aqui a gente acaba se adequando a prática que já está sendo vivenciada aqui, que muitas vezes é essa de demanda resposta ne?,** e **também há uma sobrecarga de trabalho da enfermeira que notado na Atenção Básica aqui**, e que a gente percebe que a enfermeira ela tem que dá conta da unidade ne?, **com liderança, com trabalho em equipe, com instrumentos que nós utilizamos aqui como conhecimento técnico cientifico, que precisamos também para assistir o paciente para consultas em fim** (Ent. Di16).

O destaque dado à **intensificação da jornada de trabalho** pelos Ent.Do9/UPTC e Ent. Di16 da UEFS, também foi citada em outros estudos.

No estudo, "Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica" (ACIOLI et al., 2014) foi identificada como principal dificuldade para os enfermeiros a sobrecarga de tarefas na UBS, as quais consomem grande parte do tempo e, consequentemente, interferem na realização da visita domiciliar.

No que diz respeito à sobrecarga de trabalho da enfermeira com atividades administrativas, gerenciais e de apoio ao funcionamento do serviço de saúde e à organização da demanda espontânea e infraestrutura, Baratieri e Marcon, (2012) e Matumoto e outros (2011) referem que há a necessidade imediata de uma gestão de processos compartilhada entre toda a equipe para que o trabalho clínico desse profissional não seja aprisionado por atividades que, em sua essência, não contemplam o seu principal objeto de intervenção ou compor as equipe da APS com um número maior de enfermeiras para que possam realizar com efetividade o trabalho nas duas dimensões (cuidado e gestão).

Dentre outros aspectos que dificultam o desenvolvimento das atividades práticas no contexto APS/ABS é destacado o **déficit de conhecimentos sobre o conteúdo teórico prévio do discente** no início das atividades, representando um limite para a articulação dos saberes e práticas nos cenários da AB. Também a terceirização dos serviços dificulta o processo do trabalho em saúde e o trabalho em equipe.

Merece um destaque nas falas verbalizadas com referência à **Consulta de Enfermagem** reforçada no modelo queixa-conduta. Compreendemos que não é uma contradição, uma vez

que a atividade considerada tanto por docentes quanto por discentes no cenário da APS/ABS foi a Sistematização da Assistência de Enfermagem que pelo seu processo de trabalho enfoca também a queixa-conduta.

Um outro aspecto considerado limitante ou dificultador para a realização das atividades de enfermagem/saúde na perspectiva da APS/ABS diante dos objetivos propostos em seus componentes curriculares está relacionado ao **déficit de recursos materiais** propostos com base no modelo de atenção, estrutura e funcionamento das unidades de saúde e a realidade observada pelo discente no campo de práticas, não permitindo, muitas vezes, o desenvolvimento das atividades de Enfermagem.

Além disso, a **inexistência de um veículo** em algumas UBS é considerada uma dificuldade para transportar a equipe de enfermagem/saúde até os domicílios das famílias, impossibilitando não só o acompanhamento das mesmas, como também a execução da educação popular em saúde, respeitando sua crença, valores, e anseios às necessidades de saúde.

Em complementação às falas dos Ent. Do9/UEFS e Ent. Di16/UEFS, o Ent. Do7/UEFS refere que outro limite é a **divisão geográfica entre as Unidades Básicas de Saúde**, dificultando o acompanhamento do docente a todos os discentes durante o estágio, o que poderá interferir o discente ter "autonomia, a tomar decisões sem a presença do professor, que acaba inibindo esse aluno, a sua criatividade".

> **Umas das dificuldades no campo de práticas.** Por exemplo, quando você divide o seu grupo de 6 e coloca 3 alunos em uma unidade e 3 em outra, **o professor tem que estar se dividindo geograficamente entre essas unidades, e as vezes quando você está acompanhando uma unidade, você está perdendo de acompanhar em outra e isso é ruim, eu espero que um dia a gente consiga superar isso aí**. **Ter autonomia, tomar decisões**, claro que sempre vai ter o enfermeiro dentro da unidade, ou um professor ou ambos. É o momento de o aluno tomar decisões sem a presença do professor, que acaba inibindo esse aluno, a sua criatividade (Ent. Do7/ UEFS).

Ainda sobre essas dificuldades referidas, o Ent. Do10/UEFS apresenta uma fala diferente para o desenvolvimento das atividades práticas no contexto APS/ABS, ou seja, é quando a Atenção Básica "pode se tornar resolutiva para o sistema", "e acabem

encaminhando muita das coisas que deveriam ser resolvidas na Atenção Básica para os serviços de média e alta complexidade".

> [...] como a **Atenção Básica ela pode se tornar resolutiva para o sistema**, e talvez essa seja uma **grande dificuldade**, que muitos profissionais eles não conseguem compreender isso e **acabam encaminhando muita das coisas que deveriam ser resolvidos na Atenção Básica para os serviços de média e alta complexidade** (Ent. Do10/UEFS).

Autores como Matumoto e outros (2011), Nauderer e Lima (2008), Caçador e outros (2015) e Baratieri e Marcon (2012) fazem referência às dificuldades e limites das práticas da enfermeira na APS/ABS no Brasil, destacando:

- falta de pessoal de diferentes áreas, de materiais e de equipamentos, gerando sobrecarga aos trabalhadores e repercussão no conjunto do processo de trabalho e na satisfação do usuário com o serviço oferecido;
- deficiência quantitativa de pessoal para as ações de apoio na unidade de saúde como recepção, retirada de prontuários, apoio à gerência local, entre outros, prejudicando a organização e funcionamento ágil do serviço;
- número insuficiente de profissionais de enfermagem na unidade de saúde, o que leva as enfermeiras a assumirem o trabalho básico de Enfermagem que dá suporte a todos os outros trabalhos da equipe em detrimento da execução de suas atribuições específicas como a Consulta de Enfermagem que é considerada uma ação central na APS;
- sobrecarga de trabalho com atividades administrativas, gerenciais e de apoio ao funcionamento do serviço de saúde, a organização da demanda espontânea e a infraestrutura limitando a prática clínica do enfermeiro na APS;
- não reconhecimento do trabalho clínico no âmbito da organização e gestão dos serviços;
- incompreensão e impaciência dos usuários (comunidade) com o trabalhador da saúde quando ele não pode resolver, no nível da APS, os problemas identificados sendo necessários encaminhamentos para uma rede frágil e desarticulada;

- extensa área territorial da unidade de saúde dificultando tanto o acesso do usuário ao serviço quanto do trabalhador na realização das visitas domiciliares;
- vínculo empregatício precário que leva à rotatividade dos profissionais, o que gera sobrecarga de trabalho para os que permanecem com fragilização dos processos de trabalho, comprometimento do vínculo com a população atendida e a qualidade da assistência, bem como gasto de tempo e energia com o treinamento dos novos profissionais;
- disparidades nas condições estruturais em diferentes unidades de saúde para a prática clínica, falta de um consultório adequadamente equipado e de uso exclusive do enfermeiro;
- não qualificação para a Consulta de Enfermagem nas diversas áreas do escopo da APS para a garantia da qualidade na assistência prestada;
- inexistência de apoio técnico e supervisão para a prática clínica da Enfermagem; e
- protocolos do Ministério da Saúde, embora adotados oficialmente pelas Secretarias Municipais de Saúde, nem sempre atendem as necessidades dos profissionais de Enfermagem por não descreverem claramente as atribuições do enfermeiro na política a ser implementada.

Outrossim, para Viegas e Vieira (2011), com frequência o planejamento das atividades próprias da enfermeira é sufocado pelos imprevistos do dia a dia e os mesmos assumem um "pouco" de tudo. No entanto, salientam que muitas vezes essa profissional adquire habilidades para resolver os problemas da rotina diária, porém não se utiliza de instrumentos técnicos para realizar suas atribuições para contribuir realmente com a mudança do processo de trabalho na Atenção Primária.

Ao analisarmos a situação sobre as dificuldades e limites, refletimos que é preciso que as atividades individuais estejam equilibradas com as atividades coletivas, educativas, participativas e gerenciais. É necessário também fortalecer a capacidade de planejamento da enfermeira junto com a comunidade, para que o usuário seja favorecido com a mudança dessa prática. Consequentemente, uma atuação que poderá tornar-se mais qualificada, pois é permitido à enfermeira gerenciar o processo de trabalho de forma efetiva, na perspectiva de uma atuação com maior disponibilidade e eficácia, provocando mudança na realidade da população assistida.

As **limitações do financiamento em saúde** também foi uma dificuldade referida que vem interferir na gestão em saúde. Neste sentido, Ferreira (2012) entende que o financiamento condizente à gestão em saúde poderá permitir traçar objetivos concretos que levem ao direcionamento das ações de forma eficiente e efetiva, apesar de muitas vezes compreendermos que a falta de recursos compromete a condução do sistema de saúde em virtude de influenciar nas prioridades planejadas, nas estratégias e nas ações em saúde.

Segundo Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016), as limitações do financiamento em saúde associadas à cultura de supervalorização da média e alta complexidade contribuem para um descompasso entre demanda e oferta, em que as ações e serviços de saúde solicitados são constantemente superiores aos disponibilizados, situação que requer uma postura ativa no âmbito da gestão em saúde para superação da problemática.

Apesar das dificuldades e limites destacados à execução das práticas na APS/ABS, acreditamos, como Carrer e outros (2016), que a APS é considerada uma estratégia fundamental para aumentar a efetividade e resolubilidade dos serviços, constituindo referência no cenário mundial para reduzir as iniquidades existentes no setor saúde.

Portanto, os desafios à APS/APS são muitos, até porque envolve a resolubilidade do serviço, a qualidade da atenção e ao fortalecimento do sistema de saúde proposto no país. Mas, para Cavalcanti (2009) e Gouveia e outros (2009) esforços têm sido feitos pelos gestores do sistema de saúde em busca da melhoria do atendimento de saúde. Entretanto, é necessário que haja alguns questionamentos sobre as dificuldades de fortalecer a APS e o modelo de Atenção Integral à Saúde.

Neste âmbito, Sousa e Hamann (2009), entendem que a APS exige um alto grau de complexidade cognitiva e baixa densidade tecnológica e, consequentemente, racionaliza e otimiza recursos relacionados a apoio diagnóstico e terapêutico. Por outro lado, consistirá em um importante meio para garantir maior equidade em saúde no país se realmente conseguir reorientar a lógica do sistema de saúde e melhorar seu desempenho. Entretanto são necessárias algumas reflexões e reformulações da atenção à saúde para que o seu poder resolutivo seja ampliado.

Assim, ao colocar a resolutividade das ações de saúde em foco, amplia-se a possibilidade de reavaliação do serviço e melhoria da qualidade da assistência com redução das iniquidades existentes. Por conseguinte, essa discussão no cotidiano dos profissionais,

segundo Rezende (2010) pode ajudar na construção de ações que extrapolem o discurso e a racionalidade existente, como também possibilitar o oferecimento de subsídios para avaliar o processo de gestão do trabalho, a disponibilidade e alocação de recursos, o acesso às ações das equipes e serviços e a produção da linha de cuidado, aspectos que interferem no processo de trabalho e que são fundamentais para potencializar um serviço integral e resolutivo, considerando-se as **competências e habilidades da enfermeira**.

No que diz respeito às **competências e habilidades na formação da enfermeira no contexto da APS/ABS,** as falas dos Ent.Do3/UEFS, Ent. Do5/UEFS, Ent. Do9/UEFS e Ent. Do29/UPTC ressaltam que os discentes conseguem estabelecer um diálogo com os usuários para realizar o adequado acolhimento, identificar a necessidade e fazer um encaminhamento indicado para a resolubilidade do problema de saúde, além de desenvolver atividades do plano de cuidado e educação em saúde, descrever e analisar a situação gerencial da UBS e os instrumentos utilizados.

> Alguns, eles conseguem **estabelecer um diálogo**. Pronto, entendi o que você quer colocar. Eles conseguem estabelecer um diálogo, **então a partir da experiência vivenciada, da observação que ele faz, ele consegue acolher o usuário, ele consegue observar uma necessidade e fazer um encaminhamento**, entendi o que você está colocando (Ent. Do3).

> Isso na pratica, durante a pratica, na pratica da enfermeira, ou até mesmo em algo que eles desenvolveram lá na prática, **eles vão analisar eles vão descrever essa situação gerencial**, é uma situação real, é algo que aconteceu que eles vão descrever depois **eles vão observar o que é que poderia, a conduta que foi realizada pode ter sido pela enfermeira, ou pelo discente né**, então o que é que se realizou frente aquela situação gerencial, e depois disso eles **vão é relacionar com a teoria quais foram os instrumentos gerenciais que foram utilizados ali naquele momento, foi usado trabalho em equipe, foi a supervisão**, o que é que ela poderia ter utilizado pra ela ter tido uma melhor conduta [...] (Ent. Do5).

> **A gente trabalha muito essa questão da educação em saúde,** a gente traz que muitas vezes no momento do atendimento ou por timidez ou às vezes porque são muitas informações eles não conseguem captar todas as mensagens, **no momento da educação em saúde a gente consegue esclarecer dúvidas que no ambulatório às vezes a gente não consegue tirar,** e o objetivo também da educação em saúde é a **gente sensibilizar a comunidade em relação aos cuidados da saúde e levar a informação à comunidade, a gente desenvolve muito isso** (Ent. Do9).

> [...] los estudiantes tienen, eh, digamos que a su cargo los, las personas sujetos de cuidado y **ellos mismos asumen procesos de educación claro,**

> **asesorados y, y, y validados por los docentes y por el personal del equipo sanitario**, **eh, pero básicamente ejercen, eh**, **a través de planes de cuidado donde se establecen metas**, eh, para, **para dar respuesta a las necesidades de estas personas, entonces es básicamente a partir de planes de cuidado** (Ent. Do29).

As falas desses docentes versus as dos discentes (Ent. Di16; Ent. Di17/UEFS), sobre as competências e habilidades discentes no contexto da APS/ABS deixam explícitas que o docente faz o acompanhamento do discente no cumprimento das atividades dentro da UBS/USF, destacando a experiência na prática do componente curricular gerência como a tomada de decisões, a liderança, a resolubilidade, o desenvolvimento das relações interpessoais permitindo ao final do curso que o discente tenha a oportunidade que executar os saberes e práticas inerentes à profissão.

> **Nós aprendemos fazendo na verdade**, então por exemplo, em gerencia que a disciplina anterior a essa, nós **vamos para Atenção Básica**, **e vamos desenvolver justamente essas habilidades, tomada de decisões, liderança, resolubilidade** [...] Preciso desenvolver relações interpessoais, **capacidade de desenvolver relações interpessoais,** isso aqui eu preciso de tomada de decisão, a minha tomada de decisão **tem que ser rápida, pra resolver**, então isso aqui eu **preciso de resolutividade**, então isso é feito muito claro, eu acho que isso fica muito claro nessa disciplina, e **aqui em Supervisionado nós realizamos um portfólio, que é como um diário, então nós escrevemos tudo que nós fizemos naquela unidade naquele dia, então quando a gente escreve dá para gente vê e alinhar esse conhecimento, teórico e prático**, que em gerencia já deu esse norte né, quando realizamos isso (Ent. Di16/UEFS).

> **No cenário da Atenção Primaria a gente vai ter essa** [...] **Essa liderança né**, **esse tudo isso que o enfermeiro faz** [...] Já no final do curso porque antes a gente tem a gente tá sempre tá acompanhado de um professor e agora **no final é que a gente é solto pra poder aprender a fazer de tudo e aí a gente tem que desenvolver essa capacidade de liderar, de gerenciar, de prestar cuidados e aí no curso a oportunidade que a gente tem é nesse** [...] Nessa parte final né de estágio supervisionado mesmo (Ent. Di17/UEFS).

Os fragmentos das falas verbalizadas (Ent. Do3/UEFS, Ent. Do5/UEFS, Ent. Do9/UEFS, Ent. Do29/UPTC, Ent. Di16/UEFS, Ent. Di17/UEFS) sobre as competências e habilidades na formação da enfermeira no contexto da APS/ABS estão relacionados com a capacidade do discente para integrar as aprendizagens teórico-práticos com as vivências nos campos de prática. O discente reconhece o serviço de saúde e identifica os instrumentos assistenciais e gerenciais utilizados e a sua importância no desenvolvimento do processo de

trabalho da enfermeira, além de realizar ações orientadas para tomada de decisões, liderança, relações interpessoais e resolubilidade.

Como viemos, nestas falas fica visível a indissociabilidade do trabalho gerencial-assistencial da enfermeira. Leal e Melo (2021, p.124) ao analisarem o processo de trabalho da enfermeira em diferentes países trazem alguns argumentos sobre tal indissociabilidade: " todas as ações das enfermeiras cumprem essas duas finalidades ao mesmo tempo: atender aos interesses das organizações de saúde e atender às necessidades dos sujeitos que demandam atenção à saúde", destacando-se algumas das atividades próprias da enfermeira: cumprimento de normas de serviço, protocolos e rotinas; direciona a organização e o funcionamento das unidades de prestação de serviços de saúde; garante o fluxo dos processos de trabalho em saúde; articula o processo de trabalho em enfermagem e dos ; demais trabalhadores de saúde; direciona o trabalho do médico.

Além disso, tem a capacidade de acolher o usuário na UBS, observar a sua necessidade e fazer o encaminhamento adequado, mobilizando a rede de serviço na AB para dar resolubilidade à demanda de saúde do usuário, uma vez que o discente ao identificar essa necessidade ele tem a capacidade de realizar o planejamento das intervenções de Enfermagem, direcionar as ações com uma linguagem simples e executar atividades de promoção de saúde e prevenção de doença. Além do mais, no contexto do serviço tem oportunidade de criar vínculo com a comunidade, às equipes de enfermagem e de saúde, como também aprimorar a habilidade para o acesso ao sistema de informação em saúde.

Porém, o Ent. Do8/UEFS tem uma fala divergente dos Ent. Do3/UEFS, Ent. Do5/UEFS, Ent. Do9/UEFS, Ent. Do29/UPTC, Ent. Di16/UEFS e Ent. Di17/UEFS, ao mencionar que nas práticas dos componentes curriculares do Curso de Graduação de Enfermagem no contexto da APS/ABS existe uma deficiência do conhecimento técnico nas ações desenvolvidas pelo discente entre o planejamento e a execução das atividades e entre a escrita e a fala do discente.

> O perfil do nosso aluno mudou muito, eu penso que há um **excesso de informação para o nosso aluno**. Nós **temos 120 horas de práticas**, e **cada professor exige um conhecimento específico, e isso tem sobrecarregado demais o aluno.** Eu penso que **eles têm algumas deficiências em responder ao nosso chamado por conta do nosso excesso**. É tanto que nós vamos ter que organizar esse processo, mas também **eu observo que o conhecimento técnico dele, por conta da mudança do currículo, ficou um pouco deficiente.** .... Às vezes eles se

> apaixonam por conta desse acolhimento. Mas assim, com isso que eu coloco eu ainda observo que no que diz respeito a responsabilidade com **o conhecimento ainda está muito frágil** [...] **não sei se é por excesso de informação, por excesso de tecnologia, eles têm dificuldade para escrever as vezes por que utilizam muito computador, a fala diverge da escrita as vezes. As vezes tem essa deficiência entre o que planeja e o que executa e ainda entre o que escreve e o que fala** [...] (Ent. Do8).

Ademais o Ent. Di15 da UEFS considera que, a respeito da aquisição de competências e habilidades do discente no cenário de práticas no contexto da APS/ABS não existe um posicionamento único dos docentes a respeito das atividades discentes em virtude de alguns docentes permitirem que o discente realize todos os procedimentos e outros não.

> **Eu vou até fazer uma crítica,** que eu já fiz até com professores, **alguns professores deixavam a gente livre para fazer nosso papel enquanto estudante**, **mas outros queriam fazer tudo e deixar a gente só de canto olhando, o que é uma coisa ruim**, porque a gente não colocava a mão na massa para fazer, mas é, que é uma coisa ruim **porque a gente saia do semestre querendo fazer as coisas** (Ent. Di15).

Observamos nos campos de práticas da APS/ABS do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS as práticas de enfermagem desenvolvidas em convergências com as falas expressadas pelos Ent. Do3, Ent. Do5, Ent. Do9, Ent. Di16 e Ent. Di17 da UEFS, referentes às competências e habilidades na consulta de Enfermagem, com uso adequado dos materiais e as técnicas nos procedimentos no atendimento às demandas e necessidades dos usuários.

Uma das habilidades por nós presenciadas foi quando um o discente aplicou os conhecimentos teórico-práticos com competência e habilidade adquiridos no decorrer do curso no momento de realizar a avaliação clínica dos usuários e as atividades de educação em saúde, utilizando-se de uma linguagem adequada para a abordagem da população durante a execução das atividades.

Tivemos a oportunidade de acompanhar a atividade de supervisão do docente para com os discentes no final do seu processo de trabalho. Nos chamou atenção a atividade científica leitura e discussão de alguns artigos científicos para identificar as diferentes situações possíveis da Enfermagem que poderiam se apresentar na UBS, tendo a participação discente, dando a sua opinião sobre a organização, avaliação e supervisão da Enfermagem na AB e as possíveis soluções ante as situações propostas pela docente.

Diante disso, consideramos, assim como Ferreira, Périco e Dias (2018) que a APS é um campo muito amplo e a discente de Enfermagem e a enfermeira precisam dominar diversas habilidades para que possam realizar seu trabalho com efetividade, tais como gerenciamento do seu processo de trabalho, raciocínio clínico e abstrato, planejamento, comunicação, administração do tempo, conhecimento técnico científico da área (saúde da criança, saúde da mulher, doenças infectas contagiosas, gestação, imunização, saúde mental, cuidado com lesões de pele, hipertensão, diabetes, entre muitas outras).

Portanto, de acordo com Facolli e Castro (2012), a possibilidade de se traçar competências para a prática da enfermeira na Atenção Básica é um recurso importante para subsidiar a formação desta profissional. Reforçam inclusive que, a adoção do modelo de competências para pensar a formação e atuação do profissional de saúde, possibilita adequar a gênese dos trabalhadores às novas exigências do sistema produtivo, fortalecendo a integralidade do cuidado em saúde, no que tange a Atenção Básica.

Para Montenegro (2010), a enfermeira, no trabalho da Atenção Primária ocupa posição de destaque, já que assume sua parcela de responsabilidade na atenção direta ao indivíduo, família e grupos sociais da comunidade, realizando atividades com 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.

Diante da concretude apresentada neste estudo do trabalho dos discentes de enfermagem e das enfermeiras na Atenção Primária é notória a sua complexidade, inclusive pelo envolvimento com diversos atores como usuários, membros da comunidade, equipe da saúde e representantes de outros setores. Além disso, segundo Witt (2005), o atendimento ao usuário diferencia-se do contato realizado com os demais atores, porque envolve a identificação das necessidades de saúde.

Neste estudo observamos que alguns participantes assumiram o ‘saber ouvir’ como elemento fundamental do seu trabalho.

Todavia, acreditamos que o ‘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, Montenegro (2010) entende que a enfermeira precisa encorajar o usuário a falar e identificar nas suas falas, as atitudes, crenças, suposições,

sentimento e valores a respeito da saúde. Ademais, é necessário estar atenta e possuir a capacidade de ouvir no sentido de compreender as necessidades da população e sua cultura para o trabalho na Atenção Primária.

Outrossim, o estudo, “Competências da Enfermeira na Atenção Básica: Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública” (WITT, 2005) evidenciou que as competências possibilitam colocar em discussão o ‘papel’ dos indivíduos, na produção, como sujeitos ativos, valorizando-se o desenvolvimento dos sujeitos e a formação de uma consciência coletiva e emancipatória. Neste contexto, a enfermeira busca na Ética os valores e princípios para sua atuação, promove comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo, responsabiliza-se pela atenção à saúde e contribui para a sua organização, promove comprometimento e compromisso com a saúde, como direito individual e coletivo, identifica-se com o trabalho e atua com autonomia.

8 *ARTICULAÇÃO E INTERAÇÃO ACADEMIA-SERVIÇO-COMUNIDADE*: uma construção coletiva da APS/ABS nos Cursos de Graduação em Enfermagem



Finalmente explicaremos como se processa a articulação academia-serviço-comunidade e sua conseguinte interação entre os sujeitos docentes/discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população no contexto da APS/ABS dos Cursos de Graduação em Enfermagem da UEFS/Brasil e da UPTC/Colômbia. Nesta perspectiva, levamos em consideração, mais uma vez, alguns aspectos que transversalizam a competência e a habilidade como a tomada de decisões, comunicação, liderança, atenção à saúde, administração e gerenciamento, e a educação permanente.

Nesta perspectiva, concordamos com as ideias de Freire (2005), que a integração ensino-serviço-comunidade é uma das possibilidades para ultrapassar o âmbito da apreensão da realidade para uma esfera crítica da tomada de consciência, por meio da aproximação entre a teoria e a prática. É por meio da interação com a realidade que podem ser desenvolvidas ações de intervenção para sua transformação e é com vistas ao desenvolvimento da capacidade de "aprender fazendo" que essa interação se materializa.

Além disso, a integração ensino-serviço-comunidade está ancorada aos pressupostos conceituais que incorporam o processo de educação à transformação social, com base na análise das necessidades reais dos sujeitos, no âmbito do seu contexto histórico e social. (VENDRUSCOLO; SILVA; SILVA, 2017). Neste sentido, Freire (2001) defende a educação como uma possibilidade em que educando e educador atuem de forma compartilhada, como sujeitos de sua prática, e que esta precisa ser criada e recriada por meio da ação-reflexão-ação sobre o cotidiano.

No cenário da saúde, a formação dos profissionais de saúde ainda é predominantemente centrada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes e a intervenção sobre os condicionantes do processo saúde-doença. O estudo de Ceccim e Feuerwerker (2004) explica que modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades e dissociando os conhecimentos das áreas básicas dos conhecimentos da área clínica. Esta é uma realidade que se faz necessário pensar a mudança na formação em saúde a partir da discussão da articulação entre as Universidades, os serviços de saúde e a comunidade. Uma articulação que vislumbramos que poderá permitir a compreensão das necessidades de saúde da população, além de direcionar a formação para o Sistema Único de Saúde, que será novamente

beneficiado com a inserção desses futuros profissionais na rede de serviços (PESSOA et al., 2018).

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu dispositivos importantes de articulação entre a educação e o trabalho em saúde (VENDRUSCOLO; SILVA; SILVA, 2017) a partir de diálogos com o Ministério da Educação, desenvolveu parcerias em programas para fortalecer o processo de formação e desenvolvimento profissional, com vistas a qualificação da Atenção Básica. Entre as ações relacionadas à educação superior para melhoria dos cursos de graduação, destacam- se: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)

Esses programas (BRASIL, 2007; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016) têm como orientação comum a proposta de integração ensino- serviço-comunidade no processo de formação, destacando os cenários de prática como lócus singular para a reflexão sobre a real condição da produção de cuidados e a necessidade de transformação do atual modelo de atenção, centralizado no profissional e nas técnicas. Essa interação consiste no trabalho coletivo, pactuado e integrado entre docentes e discentes dos cursos de formação, trabalhadores, gestores e usuários dos serviços.

Do mesmo modo, Albuquerque e outros (2008) reforçam que a articulação ensino-serviço é uma estratégia que possibilita a reflexão sobre a realidade da produção de cuidados e a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente abrangendo a transformação das práticas profissionais, inclusive com o trabalho coletivo, pactuado e integrado de discentes e docentes dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde. Incluem-se, aqui, os gestores, para garantir a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, formação profissional e desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

Porém, Vendruscolo, Prado e Kleba (2016) reforçam que, para que a inserção do discente no cotidiano do trabalho e na vida das comunidades seja produtiva e coerente, é imprescindível construir parcerias entre Universidades e serviços de saúde. Os serviços são cenários importantes para a formação voltada para o SUS, sobretudo ao contribuírem para as mudanças na lógica da atenção integral aos cidadãos.

Por conseguinte, para Grillo e outros (2013), o trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras é imprescindível para uma proposta de ação estratégica de

transformação da organização dos serviços e dos processos formativos, das práticas de saúde e das práticas pedagógicas. Profissionais da saúde, docentes e discentes precisam assumir, de forma proativa, a construção de um círculo virtuoso de mudanças no serviço e no ensino, produzindo novas leituras sobre o cuidado e o processo de cuidar em saúde.

A integração ensino-serviço é vista por Souza e Carcereri (2011) como potencial estratégia colaboradora do processo de mudança de práticas na formação em saúde, apesar de haver grupos resistentes. E, o processo de mudança de práticas se desenvolve a partir da reestruturação curricular, sendo a integração ensino-serviço considerada um dos eixos que buscam solidificar a proposta curricular por meio de ações diversas na interface do ensino com o serviço.

Ainda, Vieira e outros (2016) sustentam que a integração entre ensino e serviço proporciona melhor capacitação do docente, do estudante e do profissional do serviço de saúde. Portanto, acreditamos que ela poderá garantir ações e serviços de qualidade à população, por meio da reorientação da Atenção Básica e do modelo de atenção à saúde vigente no sistema nacional. Para os autores, a integração também contribui para fortalecer a formação capacitada do discente para atuar em diferentes cenários de atenção à saúde, incrementar o processo de capacitação do profissional em serviço, assim como promover o trabalho multiprofissional em todos os níveis do sistema.

Contudo, para Pereira (2007), a incorporação dos universos da academia e do trabalho passa por processos dinâmicos muito complexos, pois envolve pessoas de diferentes formações e com propósitos diversos. A integração real de pessoas ocorre com a aproximação, para interagir com seus conhecimentos e habilidades adquiridos na academia, no trajeto profissional ou na própria experiência de vida.

Diante das ideias teóricas aqui defendidas sobre articulação–interação Universidade – serviços de saúde- comunidade no contexto da APS/ABS fica explícita nas falas dos Ent. Do2/UEFS, Ent. Do3/UEFS, Ent. Do4/UEFS, Ent. Do22/UPTC e o Ent. Do26/UPTC.

Para os docentes da UEFS,

-eles conseguem “fazer uma ‘boa’ relação com os trabalhadores de serviços, com a comunidade nem se fala porque eles ‘adoram’ o estudante e o fato da Universidade ser da UEFS tem um peso maior”;

- “A comunidade ela reconhece, ela tem a Universidade como patrimônio. A comunidade ela é muito acolhedora com os estudantes da UEFS,”

- “a relação é de muita confiança e de muita credibilidade,”

- “a UEFS tem um papel importantíssimo nessa integração e até mesmo pela quantidade de projetos de extensão que a Universidade tem já demonstra essa integralidade. Então, é um trabalho fortíssimo que garante a continuidade de muitas práticas de promoção prevenção da saúde, de reconhecimento de necessidade territorial”,

- “uma proposta extremamente fortalecedora em todos os sentidos, fortalece a academia, fortalece o serviço e a própria comunidade, que é quem mais sai beneficiada,”

- “UEFS tem um papel importantíssimo nessa integração e até mesmo pela quantidade de projetos de extensão que a Universidade tem já demonstra essa integralidade. Então, é um trabalho fortíssimo que garante a continuidade de muitas práticas de promoção prevenção da saúde, de reconhecimento de necessidade territorial, possibilidade de inserção dos acadêmicos nesses espaços comunitários.”

Dentre as falas dos docentes da UPTC destacamos:

“tiene, una gran articulación en esos tres aspectos, porque las acciones que nosotros hacemos, eh, permiten que, el, el escenario de práctica sea la realidad para el estudiante”,

“tienen un aprendizaje significativo enorme. Dos porque, se amplía la capacidad de acción de los puestos de salud y pues, eh, está llegando a personas que en otras condiciones no podrían ser beneficiados”,

“cuando llegamos con el grupo de internado al, a los servicios o a las instituciones, eh, son muy bien recibidos, hay un enlace muy interesante pues justamente por, por, por toda esta, estos aportes que se hacen desde la academia”,

“hay aportes investigativos, aportes de educación, aportes de gestión que son muy bien recibidos y que, eh, les benefician bastante a las, a las instituciones y obviamente en la institución se siente el impacto pues porque lo que, lo que se estructure como academia y, e institución o servicio”.

Consideramos tais fragmentos de falas consideradas “aparentemente positivas” visto que, a atuação dessas Universidades tem sido uma construção histórica focada nos dispositivos das tecnologias leves como comprometimento, competência, respeito, compromisso, e ética, que, consequentemente, conduzem ao reconhecimento e a valorização

do trabalho desenvolvido pelos discentes, com aceitação entre serviços de saúde, trabalhador do serviço de saúde e a comunidade beneficiada.

> **A gente consegue fazer uma boa relação com os trabalhadores do serviço, com a comunidade nem se fala porque eles adoram o estudante e o fato de ser da UEFS tem um peso maior de uma instituição pública do que da privada**, eu acho que ainda é válido, raramente um que outro paciente fala que não quer ser atendido pelo estudante da UEFS, muito pouco, muito mais por questões de gênero, mas se é um menino que está atendendo a uma mulher, mas nada que atrapalhe (Ent. Do2).

> **A comunidade ela reconhece, ela tem a Universidade como patrimônio**. A comunidade **ela é muito acolhedora com os estudantes da UEFS,** com a proposta da UEFS. Ela entende, ela reconhece, ela pergunta, ela busca. Eu acho que a **relação é de muita confiança e de muita credibilidade** (Ent. Do3).

> Eu acho que **a UEFS tem um papel importantíssimo nessa integração e até mesmo pela quantidade de projetos de extensão que a universidade tem já demonstra essa integralidade**. Então, **é um trabalho fortíssimo que garante a continuidade de muitas práticas de promoção prevenção da saúde**, de reconhecimento de necessidade territorial, possibilidade de **inserção dos acadêmicos nesses espaços comunitários** é extremamente enriquecedora porque traz a tona a capacidade de lidar com essas adversidades e buscar intervir antes que o problema venha se agravar, então **é uma proposta extremamente fortalecedora em todos os sentidos, fortalece a academia, fortalece o serviço e a própria comunidade, que é quem mais sai beneficiada nesse processo** (Ent. Do4).

> Yo podría decir que este espacio de formación **tiene, una gran articulación en esos tres aspectos, porque las acciones que nosotros hacemos, eh, permiten que, el, el escenario de práctica sea la realidad para el estudiante** y eso es, es muy importante para ellos **tienen un aprendizaje significativo** enorme. Dos porque, **se amplía la capacidad de acción de los puestos de salud** y pues, eh, está **llegando a personas que en otras condiciones no podrían ser beneficiados, eh, eso es importante** (Ent. Do22).

> Obviamente **cuando llegamos con el grupo de internado al, a los servicios o a las instituciones, eh, son muy bien recibidos**, **hay un enlace muy interesante** pues justamente por, por, por toda esta, estos aportes que se hacen desde la academia, porque lo que te decía, no son netamente el hacer, también **hay aportes investigativos**, **aportes de educación, aportes de gestión que son muy bien recibidos** y que, eh, les **benefician bastante a las, a las instituciones** y obviamente en la institución se siente el impacto pues porque lo que, lo que se estructure como academia y, e institución o servicio como tú lo llamas, mm, va, **va ir en pro de la comunidad, de la persona, de la familia y allí se va a salir el impacto** (Ent. Do26).

A fala destes docentes tem convergências com as dos discentes das UEFS e UPTC, Ent. IF18/UEFS, Ent. IF19/UEFS e o Ent. IF35/UPTC, quando afirmam que a articulação academia-serviço-comunidade é 'positiva', além de existir uma relação de pertencimento, respeito e confiança. Ademais, os profissionais das instituições sempre têm dado prioridade à Universidade e a comunidade a considera como o seu espaço para conseguir encaminhar as suas necessidades de saúde.

> Eu vejo como **bastante positiva** aqui dentro dessa Universidade, **nós temos um relacionamento bom** no sentido de que, como eu já coloquei essa possibilidade dos profissionais estarem aqui, **eles criam uma relação de pertencimento de respeito. Mas assim sabe aquela coisa da confiança** (Ent. IF18).

> [...] temos uma **boa articulação** porque inclusive as novas escolas de Enfermagem elas são formadas por profissionais que saíram daqui, então no nível pessoal a gente tem uma articulação muito boa, né? **Nos serviços também porque a maioria dos profissionais também tem vindo daqui, então nesse ponto a gente não tem muita dificuldade não** [...] **é boa porque a comunidade tem a Universidade como referência**. Então **nós temos nossa impressão digital em todas as comunidades daqui a região do semiárido**, todas, em todas elas, nós temos a nossa impressão digital. Então **eles têm muita confiança, quando necessita de qualquer coisa,** [...] **eles encontram espaço se a gente não puder resolver a gente ouve e dá o encaminhamento, mas eles têm espaço, a gente tem tido um relacionamento muito bom** (Ent. IF19).

> La **articulación con la comunidad**, como le he venido diciendo, sea trabajando, **trabajando con, con familia**, con la familia, eh, **trabajando con los líderes de comunidad,** trabajando con su parroquia, **trabajando con los, los docentes del área,** trabajando con madres comunitarias, esa, **esa sería, esa era la articulación que nosotros teníamos ¿no?, y era bueno, era bueno, era bueno** [...] (Ent. Di 35).

Além disso, os discentes, Ent. Di16/UEFS, Ent. Di17/UEFS e Ent. Di34/UPTC, apresentam falas que também convergem com as dos docentes, Do2/UEFS, Ent. Do3/UEFS, Ent. Do4/UEFS, Ent. Do22/UPTC e Ent. Do26/UPTC, e dos discentes, Ent. IF18/UEFS, Ent. IF19/UEFS e o Ent. IF35/UPTC ao afirmarem que a articulação entre academia-serviço-comunidade. Ressaltamos alguns fragmentos das falas, apesar do seu contexto a seguir:

- os profissionais eles ficam felizes com a nossa presença aqui... nós percebemos que o profissional, o serviço, na figura do serviço, é positivo, nos recebe bem, e a comunidade também";

-"eu acho que é uma boa articulação assim é a comunidade precisa, a unidade precisa, e a UEFS precisa";

- “afortunadamente siempre tuvimos esa acogida y pues ellos conocían la universidad, conocían nuestra carrera, y siempre pues nos daban como esa confianza, había esa articulación entre la academia y el servicio”.

> [...] **nós percebemos que os profissionais eles ficam felizes com a nossa presença aqui**, aí fica dois questionamentos, se é para que nós ajudemos, e de sobrecarregue o trabalho, ou se é porque a gente vai contribuir. Então fica essas duas vertentes, mas **nós percebemos que o profissional, o serviço, na figura do serviço, é positivo, nos recebe bem, e a comunidade também, porque a comunidade como eu falei no começo, muitas vezes ela não entende que aquele serviço é pra ela, que não é porque é gratuito que não vai ser bem feito,** entende (Ent. Di16/UEFS).
>
> [...] **eu acho que é uma boa articulação assim é a comunidade precisa, a unidade precisa, e a UEFS precisa.** Então todo mundo se ajuda né ... **a gente vai pra lá pra aprender ao mesmo tempo vai pra lá pra ajudar os profissionais ao mesmo tempo que ajuda a população porque eles precisam ser atendidos e a gente presta um cuidado** (Ent. Di17/UEFS).
>
> [...] **afortunadamente siempre tuvimos esa acogida** y pues ellos conocían la universidad, conocían nuestra carrera, y **siempre pues nos daban como esa confianza, había esa articulación entre la academia y el servicio**, una por la experiencia y por todo hecho, eh, los conocimientos que ellos brindaban y por las prácticas donde nosotros llegábamos **afortunadamente nunca tuvimos ningún problema** (Ent. Di34/UEFS).

Apesar disso, percebemos uma fala diferente no Ent. G20 da UPTC, ao citar que a articulação academia-serviço-comunidade ainda está em processo construção e avaliação:

> [...] mmm, **digamos que es un proceso de eso que está en construcción**, no, no está en con…, **está en evaluación porque ya se empezó, ya hay** un proceso **un decreto el veintitrés setenta y seis que habla sobre la relación docencia - servicio, eh, que necesita una actualización urgente** porque ahí hay unas cosas que **a medida que pasa el tiempo** se van [...] **se van apareciendo contingencias que deben quedar digamos de alguna forman organizadas** [...] (Ent. G20).

Vemos que, realmente a “positividade” do processo de articulação e interação ente Universidade-serviços–comunidade nem sempre é uma relação proativa, ou melhor, “harmoniosa”, pois há toda uma conjuntura política, Estado e Município, a depender de quem está no poder em determinado momento histórico, assim como outros aspectos que também interferem na condução do trabalho dos discentes, alguns deles referidos nas falas já reportadas entre duas ou três falas.

No entanto, se levarmos em consideração as falas dos docentes e discentes já explicitadas sobre a efetividade dessa articulação e integração entre a academia - serviço no

contexto da APS/ABS observamos na prática, especificamente na UEFS que elas se estabelecem mediante a relação com a rede, os preceptores e trabalhadores de saúde, para oferecer serviços de qualidade à população. Além disso, a articulação é fortalecida com a produção científica, os projetos de extensão, a pesquisa e a participação no fórum da implementação de política pública, garantindo desta forma, a integralidade e continuidade das práticas de promoção de saúde, prevenção de doença e a possibilidade de inserção dos acadêmicos nas comunidades com os programas PET- Saúde, PET- Odontologia, Universidade da Terceira Idade, Mestrado Profissional de Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (cujo objetivo principal é ampliar o conhecimento das enfermeiras de serviços na atenção a demanda da população, dentre outros) e outros.

Mediante essa realidade, observamos que a equipe de saúde e as preceptoras sempre estão disponíveis na relação dos docentes e discentes de enfermagem para o desenvolvimento das atividades do estágio, possibilitando a UEFS à construção do conhecimento para beneficiar a comunidade onde estão inseridas, inclusive algumas das falas dos entrevistados já reportadas, a Universidade, para a comunidade é considerada e reconhecida como um patrimônio; tem uma relação de acolhimento especial, estabelecendo uma relação de pertencimento, respeito, confiança e credibilidade, além de ter uma participação ativa nas atividades no contexto da AB.

A respeito da interação entre docentes, discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população no contexto da APS/ABS, os Ent. Do5/UEFS, Ent. Do2/UEFS, Ent. Do8/UEFS, Ent. Do22/UPTC e Do27/UPTC, tem falas convergentes ao declararem que a relação é caracterizada como afetuosa, familiaridade, positiva (“boa”, “ótima”), “Es muy gratificante, es muy bonita…, En lo personal es altamente, eh, enriquecedora”, “Digamos que el trabajo es armónico”, permitindo gerar um processo de construção e trocas de conhecimentos.

> [...] **a gente ta ali para um processo de construção**, que eles não podem me ver somente como a figura do avaliador, mas como alguém que realmente quer **contribuir pro crescimento do conhecimento deles.**... **No contexto da APS, que e acho que é mais positivo do que no contexto hospitalar**. Porque e falo isso, porque assim eu acho que nos **somos mais bem recebidos na APS**, **melhor recebidos na verdade,** [...] **acho que pela própria organização do ambiente** né, não é algo assim tão fechado como o hospital, **não é algo que requer uma agilidade maior**, que requer alguma situação ali na verdade (Ent. Do5/UEFS).
>
> **São boas, é boa relação ne?** Dentre da formalidade, **fica mais afetuosa quando o aluno é mais espontâneo, mais dinâmico ou acompanha mais perto cada caso,** eles **conseguem fazer uma relação de**

> **familiaridade** quando fazem grupos de adolescentes, ficam mandando zap para as alunas, eu fiz: meninos cuidado para não criar muita esperança que depois vocês vão embora e não deixo que fazem também uma amizade assim por dentro do outro, mas eles gostam (Ent. Do2/UEFS).
>
> **Eu considero ótima**, porque nós trabalhamos aqui em áreas. Por exemplo, as disciplinas mulher 1, mulher 2, mulher 3 é uma área de conhecimento. Gestão é outra área de conhecimento. **A gente tenta sempre estar trocando informações, então eu penso que há uma boa interação entre docentes, discentes e trabalhadores** (Ent. Do8/UEFS).
>
> ¿Con mi experiencia? **Es muy gratificante**, **es muy bonita**, eh, a ver, te la voy a poner en dos elementos, en uno personal y en uno pedagógico que son los dos elementos. **En lo personal es altamente, eh, enriquecedora ¿no? Cuando uno pasa a los procesos comunitarios** se da cuenta de que hay mucho por hacer pero que también **se está haciendo mucho** (Ent. Do22).
>
> **Digamos que el trabajo es armónico**, el trabajo es armónico, **es coordinado, eh, se respeta**, eh, **ellos nos comentan cuales son de pronto las necesidades que tienen,** que les gustaría, eh, **pero también nos dan**, eh, como **esa autonomía** que no es que trabajen en esto sino, tenemos tales problemáticas, quisiéramos que nos ayudaran con tal, **yo creo que hay un trabajo coordinado, hay un trabajo que es armónico** (Ent. Do27).

Como vemos as falas tantos dos docentes quanto dos discentes (Ent. Do5/UEFS, Ent. Do2/UEFS, Ent. Do8/UEFS, Ent. Do22/UPTC e o Do27/UPTC) convergem com as dos Ent. Di16/UEFS, Ent. Di17/UEFS e Ent. Di33/UPTC, ao referirem que a interação entre docentes, discentes e trabalhadores de saúde no contexto APS/ABS é "positiva... essa relação de mão dupla", ou seja, entre estudante e o profissional numa relação de troca, dado que, o preceptor recebe muito bem ao discente no cenário de práticas, estabelecendo uma relação acolhedora, confiança entre eles para a execução das atividades. Da mesma forma que a comunidade, a população confia na AB e, particularmente, os idosos consideram mais cuidado pelo discente; "siempre hubo una buena relación, eh, en general con todas las personas que estaban involucradas, profesores y trabajadores de salud, siempre hubo una buena relación y una buena resolución de problemas".

> **Na minha visão sempre foi positiva** [...] então eu acho que **essa relação ela é uma relação de mão dupla**, **e se dá tanto do estudante para o profissional quanto do profissional para o estudante**, então o estudante, também tem que ter uma maturidade de que ali **é uma relação de troca**. **A população eu acho maravilhosa**, eu acho que **eles gostam das atividades, eu acho que eles confiam, principalmente na atenção básica, eu acho que eles nos veem como uma ajuda positiva**, tipo assim os estudantes estão ali, **é um ponto positivo, de ter estudantes ali**, eles

> veem como algo positivo, pelo menos eu percebo isso nessa interação, **e confiam na gente** (Ent. Di16/UEFS).

> [...] **eu me senti acolhida na maioria dos lugares que eu fui assim** [...] **foi uma boa interação, os profissionais chegam logo alguns com aaa com aa com a vontade de te ensinar também** né, é, e de e de **querer ver você aprender ali na prática** né e eles tem [...] alguns eles **os profissionais** acolhem muito bem os estudantes e os professores também. Aaaa eles adoram**, eles adoram as atividades da UEFS, principalmente os idosos eles falam que se sente se sentem mais... cuidados pelos estudantes da UEFS** (Ent. Di17/UEFS).

> Bueno, pues, eh, **en general se manejaba como,** se manejaba como, **eh, pues una relación cordial (risas) digamos entre docentes, estudiantes y trabajadores de salud,** aunque según mis vivencias siempre habían diferencias de opiniones entre, sobre todo entre docentes y trabajadores de salud, eh, pero pues **en realidad como tal no hubo gran problema**, digamos a veces algunos estudiantes tenían diferencias de opiniones con los profesores o con los trabajadores de salud y simplemente se discutía la mejor opción [...] eh, **siempre hubo una buena relación, eh, en general con todas las personas que estaban involucradas, profesores y trabajadores de salud, siempre hubo una buena relación y una buena resolución de problemas**. (Ent. Di33? UPTC).

As falas dos gestores, Ent. G13/UEFS e Ent. G20/UPTC complementam as falas dos Do5/UEFS, Ent. Do2/UEFS, Ent. Do8/UEFS, Ent. Do22/UPTC, Do27/UPTC, Ent. Di16/UEFS, Ent. Di17/UEFS e Ent. Di33/UPTC, ao declararem que, a interação entre docentes, discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população no contexto da APS/ABS é "harmônica", acolhedora, com diálogo, da iniciativa do discente e da capacidade de visualização das demandas da população, participação da população num trabalho com os discentes, e prioridades às intervenções diante das necessidades da população:

> Eu vejo que **é uma relação harmônica**, por que é o seguinte, esses professores estão sempre em contato. **Então esse diálogo existe, é um diálogo que flui muito bem para esses trabalhos que demandam tanto dos serviços, como demandas da própria Secretaria, quanto demandas do aprendizado do aluno** [...] **A população trabalha com estudantes a partir do momento em que ela está dentro da unidade de saúde** e a **partir do momento que esse aluno sai da unidade de saúde para uma das atividades que é a visita domiciliar** e que ele vai estar em contato (Ent. G13).

> **La acogida y todo, claro, la gente siempre es muy agradecida** y nosotros tratamos de, de tomar poblaciones que no estén saturadas, hay poblaciones saturadísimas que todo el mundo las interviene, que, y entonces **nosotros procuramos digamos priorizar esas intervenciones en comunidades que no estén tan beneficiadas de otros programas sociales entonces de hecho la respuesta siempre es muy, es muy**

> **positiva y de acogida frente a los procesos que desarrolla la escuela sí** (Ent. G20).

Em complementação às falas dos gestores (Ent. G13/UEFS e Ent. G20/UPTC) os discentes, Ent. Di31 e Ent. Di34 da UPTC ratificam que a interação entre docentes, discentes, usuários e população no contexto da APS/ABS "cuanto a mi experiencia esta relación es buena en docentes, estudiantes comunidad … la población, la comunidad está muy dada a recibir esas ayudas de los estudiantes … pues la comunidad es muy, es muy cómo te explico yo, eh, ellos aceptan muy todo lo que la universidad quiera hacer con ella"; "digamos que la aceptación de comunidad fue muy buena, la interacción era muy buena, eh, había una comunicación asertiva".

> **Pues en cuanto a mi experiencia esta relación es buena en docentes, estudiantes comunidad,** todo lo que tiene que ver con, con la parte universitaria, **la población, la comunidad está muy dada a recibir esas ayudas de los estudiantes** tal vez porque la universidad acá en Boyacá, eh, viene trabajando harto tiempo pues esta parte de trabajar con la comunidad, entonces **pues la comunidad es muy, es muy cómo te explico yo, eh, ellos aceptan muy todo lo que la universidad quiera hacer con ella** (Ent. Di31/UPTC).

> [...] pero **digamos que la aceptación de comunidad fue muy buena, la interacción era muy buena,** eh, **había una comunicación asertiva** que era muy importante y, y a cada lugar donde yo llegaba, pues, siempre, eh, digamos que **las personas cuando me despedía lo, lo, le decían a uno unas bonitas palabras o lo, o le agradecían** o le decían: **'lo espero en ocho días cuando teníamos la segunda visita**', siempre llegaba uno y **lo recibían con las puertas abiertas**, entonces pues era muy bueno eso porque a veces no se ve que la, que eso pase, a veces es muy difícil llegar a, a ser a tener una buena comunicación con las personas (Ent. Di34/UPTC).

Para esses docentes, discentes e gestores a interação entre docentes, discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população no contexto da APS/ABS, acontece de forma mais próxima e positiva do que contexto hospitalar, dado que, a equipe da Universidade tem melhor acolhimento neste cenário, portanto, o discente se sente mais à vontade para realizar as suas intervenções na AB, pela própria organização do ambiente e a proximidade que eles estabelecem com os profissionais de saúde.

Diante disso, o docente e o discente conhecem, tem certo conhecimento sobre a rede de atenção na AB, visto que, eles desenvolvem a suas atividades, fazendo quando necessário, os encaminhamentos para outros serviços de saúde de média ou alta complexidade até mesmo

nos mesmos cenários no decorrer dos semestres, o que vem a potencializar muitas vezes o diálogo fluido, o vínculo e a confiança com os trabalhadores de saúde, usuários e a população. Por conseguinte, a presença dos discentes de Enfermagem nos serviços de APS/ABS, pela nossa vivência na prática, otimiza o atendimento com a divisão do trabalho e o cumprimento das atividades planejadas, uma vez que representantes da comunidade tem momentos de protagonismo, ao participarem de atividades promovidas pelos serviços da atenção básica e dos próprios discentes de enfermagem. Assim, existe uma troca de saberes e experiências quando os discentes abrem espaço para que as pessoas possam se expressar e, portanto, estabelecer uma interação efetiva de confiança, valorização entre as trocas desses conhecimentos.

Uma fala diferente das demais destaca a relação de vínculo. Para o Ent. Do12/UEFS a interação entre docentes, discentes e trabalhadores de saúde, no contexto da APS/ABS se estabelece mediante a construção do vínculo entre eles, não obstante, essa interação apresenta alguns problemas que não tem relação com a prática, mas a equipe da UEFS tenta solucionar na medida do possível.

> Geralmente na maioria que eu to a gente tem interações, **a maioria é boa**, as vezes acontece probleminhas, **mas maioria da interação é bom**, **quando acontece o problema** é porque aquele discente ou as vezes o trabalhador tem algum outro problema, **teve alguma outra coisa que não tem nada a ver com a prática**, **mas na prática em si a gente tem uma construção boa de vinculo e interação, mas as vezes não vou dizer que sempre é 100%, perfeito, infelizmente não**, acontece em momentos alguns casos extras e que a gente, na medida do possível, tenta solucionar, **mas na medida do possível a gente tenta solucionar** (Ent. Do12/UEFS).

De acordo com Campos (2003), o vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quando da equipe. Do lado do paciente, somente constituir-se-á vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando estes dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando destes pedidos de socorro.

Para o mesmo autor, a construção de vínculo depende, portanto do modo como as Equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em uma

microrregião. Depende também do modo como se encarregam de cada caso específico que necessite de um atendimento singular. Um duplo movimento, nem sempre fácil de ser realizado: um compromisso bilateral, no caso dos profissionais um envolvimento com a saúde coletiva de uma comunidade e com a saúde individual, particularmente daqueles mais vulneráveis.

Do mesmo modo, o vínculo implicaria no conhecimento das histórias de vida dos usuários e constituiria algo que precisa ser permanentemente construído entre trabalhadores e usuários, algo que implicaria uma confiança mútua e que constituiria a expressão do acontecimento do cuidado, tomado aqui como produção no encontro intercessor (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010, SLOMP; FEUERWERKER; MERHY, 2015).

Além disso, o vínculo é conotado ora como um dispositivo, seja de atenção integral à saúde, seja do cuidado; ora como tecnologia relacional, ferramenta relacional, instrumento de trabalho relacional, e/ou, ainda, como "tecnologia leve", fazendo referência à caracterização feita por Merhy (2005), quando a diferencia das tecnologias duras e leves-duras.

Inclusive, o Doc- 4 “Política Nacional de Atenção Básica” (BRASIL, 2012) menciona que o vínculo, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

Para mais, quando falamos em vínculo, não é possível ignorar o Sistema Único de Saúde, emergindo assim a necessidade de conceber uma política de saúde e educação para capacitar, formar e avaliar os trabalhadores da saúde mediante a articulação e integração dos serviços de saúde e instituições de ensino. Segundo Mira, Barreto e Vasconcelos (2017), a integração ensino-serviço, tornou-se uma estratégia para superar a lacuna do sistema educacional com os trabalhadores da saúde, além de qualificar a assistência prestada à população.

Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, reforça que a integração ensino – serviço beneficia a Atenção Básica, as instituições de ensino e pesquisa, os trabalhadores, os docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Entretanto, para Grillo e outros (2013), ao entrelaçar o ensino e serviço, as lideranças do Movimento da Reforma Sanitária conseguiram que fossem estabelecidas Diretrizes Curriculares Nacionais que podem contribuir para a mudança desejada, gerando egressos que deem conta de consolidar um paradigma de atenção em saúde que valorize a relação igualitária entre seres humanos, os direitos dos cidadãos, a particularidade do indivíduo e a amplitude do coletivo.

Em conformidade com as DCN dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição, é necessário haver uma articulação entre a área de educação superior e a área de saúde com o objetivo de que seja dada "ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde" (BRASIL, 2001, p. 131), e "o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 41-65).

Diante disso, para Souza e Carcereri (2011), a formalização da parceria entre as instituições de ensino e os serviços de saúde é uma potencialidade que colabora para o sucesso da integração entre ensino e serviço, a fim de que haja o comprometimento de todas as instituições de modo a proporcionar uma verdadeira integração entre academia e serviços de saúde. Todavia, as atividades desenvolvidas pelos discentes nas unidades não podem ser vistas como atividades exclusivas da Universidade, e sim como resultantes de uma parceria entre as instituições.

Diante das referidas afirmações, salientamos que a informação expressada pelos entrevistados converge com os resultados do estudo "Integração ensino-serviço sob a percepção dos seus protagonistas" (KHALAF et al., 2019), ao descrever que a integração ensino-serviço é um espaço propício para o processo de aprendizagem a partir da troca de saberes, em que ambos – docentes e discentes – são beneficiados. No entanto, compreendemos que o discente não poderá ser visto apenas como alguém que utiliza o serviço para o seu aprendizado, mas como protagonista que contribui com o mesmo.

No mesmo estudo são consideradas as experiências de integração ensino-serviço que contribuem para o processo de Educação Permanente em Saúde, a partir do estabelecimento de relações de trocas de saberes, com a realização de pesquisas e um processo de auto avaliação do ensino e serviço, considerando conhecimentos prévios e atualizações, o que torna a aproximação destes dois contextos necessária e complementar.

Além disso, o estudo refere que a integração ensino-serviço torna-se não somente um momento que se limita ao reconhecimento da realidade dos serviços, do "saber fazer,", mas, principalmente, coloca em foco as circunstâncias inesperadas que estão presentes no cotidiano dos cenários, abrindo portas para uma formação crítica, reflexiva, que considera os processos históricos e sociais, estando assim comprometida com as necessidades de saúde da população.

Ademais, a opinião dos gestores dos serviços de saúde, reforça a ideia de que a inserção do ensino no serviço precisa garantir certos ganhos que beneficiem os envolvidos, para além das oportunidades de educação permanente por meio do compartilhamento de saberes e na resolução de problemas a partir do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2007). Outrossim, Grillo e outros (2013), comentam que a existência de várias estratégias que estão sendo utilizadas para permitir a articulação ensino e serviço, como seminários, visitas técnicas, projetos de extensão e de pesquisa, ensino clínico, estágios.

Falamos muito sobre a integração da Universidade com os serviços de saúde, mas é preciso que ressaltemos a visibilidade dos benefícios aos usuários, visto que, segundo Fortes e outros (2015), as ações realizadas nas unidades de saúde junto aos discentes, tem o potencial de fortalecimento do vínculo com a comunidade, além de diversificar e potencializar as ações desenvolvidas na unidade.

Contudo, o Ent. Do3/UEFS relativa que a interação vincular entre o trabalhador de saúde e o discente no contexto da APS/ABS vai depender do cenário onde se estão desenvolvendo as atividades. Porém, quando o profissional de saúde reconhece a importância dessa relação, muda a sua atitude para com o discente, apesar de ser um processo desgastante para a formação do discente.

> Também **diverge muito**, varia muito. **Nós temos unidades que acolhem muito bem, mas também temos unidades que não existe esse acolhimento**. Mas o quê que a gente faz? **Nós temos um processo de aproximação**, né? [...] então, depois que **esse profissional ele entende qual a contribuição, qual a nossa relação, tal, aí de repente ele muda**.

> Então isso tem sido muito **desgastante para nosso processo de formação** (Ent. Do3/UEFS).

Nesta perspectiva, o Ent. Do11/UEFS complementa a fala do Ent. Do3/UEFS, ao declarar que existem alguns trabalhadores de saúde que tem mais facilidade de interação com o discente que outros, e nesse caso, é preciso uma participação do docente para sensibilizar e ou facilitar a relação interpessoal entre os profissionais de saúde do serviço, os discentes e os usuários para uma aproximação salutar.

> Olhe no início é [...] eles chegam muito é aganhados, constrangidos até porque o ambiente que ele vai se adaptar ainda [...] **tem alguns profissionais que tem mais facilidade de interação já outros não são tanto sabe** [...] **recolhidos assim e isso dificulta muito então o aluno já chega com medo o ambiente novo** tem medo até do usuário ali de se aproximar do usuário ali tudo isso requer uma adaptação então **o docente tem que tá atento a isso tem que criar um mecanismo que facilite esses canais essa abertura** (Ent. Do11).

As falas dos Ent. Do2, Ent. Do3, Ent. Do5, Ent. Do8, Ent. Do11, Ent. Do12, Ent. G13, Ent. Di16 e o Ent. Di17 da UEFS traduzem, coerentemente, a nossa observação no cenário das atividades práticas no contexto da APS/ABS. Neste âmbito, presenciamos uma adequada articulação entre a academia e o serviço, e uma interação interpessoal entre docentes, discentes e trabalhadores de saúde, durante o desenvolvimento das atividades de enfermagem, particularmente durante a consulta de Enfermagem.

Apesar disso, observamos uma dificuldade em outra atividade a ser desenvolvida pelos docentes da UEFS entre academia e o serviço, dado que, numa oportunidade a UBS não disponibilizou o material necessário para os discentes realizarem o teste rápido de Hepatites B e C aos usuários, evidenciando a fragilidade no planejamento em conjunto, das atividades dentro do serviço de saúde.

Outrossim, o Ent. Do2 da UEFS comenta que a Secretaria Municipal de Saúde apresenta dificuldades na sua gestão de Atenção Primaria à Saúde, visto que, carece de um planejamento prévio das suas atividades no serviço de saúde, além de gerar interferências políticas com demissões de funcionários no decorrer no processo eleitoral, limitando o cumprimento das atividades neste contexto.

> [...]**eles não tem um planejamento prévio**, então **você já está no meio do estágio e eles mandam uma programação que querem que aconteça... e as vezes atrapalham o serviço, como interferências**

> **políticas, a gente já teve demissões de funcionários no decorrer no processo eleitoral, partidário e isso atrapalha as vezes o andamento**, mas como também nós não estamos no lugar fechadinho, eu faço que o aluno perceba que esses problemas vão acontecer, que tem municípios mais desorganizados, tem outros menos desorganizados e que como ele está naquele controle ele também vai ter que aprender se adaptar (Ent. Do2/UEFS).

A este respeito, Khalaf (2019), afirma que a operacionalização da integração ensino-serviço é dependente dos acordos e de alteridade entre os segmentos ensino e serviço, sendo que a percepção e o envolvimento efetivo dos gestores é condição essencial para sua efetivação. Assim, há necessidade de políticas institucionais que garantam a integração entre o ensino e o serviço, a constituição do ateliê pedagógico em saúde, sendo fundamental para a superação das dificuldades, tendo em vista a burocracia em relação à organização dos campos de estágios.

Mediante essa situação, é necessária a sensibilização dos atores envolvidos nesse processo por meio de medidas como a construção de espaços permanentes de diálogo. Para Paulus e Cordoni (2006), a identificação das necessidades do serviço de saúde pela Universidade que resultem em pactos de contribuição docente/discente, a participação dos profissionais do serviço e usuários nas discussões sobre o processo ensino-aprendizagem, o envolvimento efetivo do professor no serviço, entre outras medidas precisam auxiliar nessa superação.

Por outro lado, a articulação entre a academia e comunidade e a interação entre docentes, discentes, usuários e população no contexto da APS/ABS, é ressaltada como “boa”, o discente tem bom acolhimento com os usuários na consulta de Enfermagem; além do mais os usuários mostraram não só interesse, mas também participaram das atividades planejadas e executadas pelos discentes na UBS. Também, observamos que existe uma comunicação assertiva entre docentes, discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população na AB.

Não obstante, contemplamos numa ocasião que a UBS, teve uma organização ineficaz à ordem de atendimento dos usuários. Uma situação que gerou um ‘desconforto’ nos usuários que estavam para serem atendidos na consulta de Enfermagem pelos discentes, como também nos discentes, uma vez que poderá ocasionar uma frágil interação entre discentes e usuários.

Observamos também uma situação em que alguns discentes, naquele determinado momento, apresentavam uma relação distante com os usuários das UBS, aparentemente sem

qualquer empatia nem interação com eles durante o desenvolvimento das atividades de Enfermagem.

Contudo, concordamos com Vendruscolo, Silva e Silva (2017) que o fato de a participação ser ou não espontânea, pode influenciar no grau de envolvimento dos atores. Andrade e outros (2015) mencionam que muitos integrantes da equipe da unidade de saúde esperam que os discentes, de certa forma, "devem" ajudar a suprir a falta de profissionais, o que entendemos que mostra mais uma vez a necessidade de conhecimento por parte dos profissionais de saúde da participação discente nos cenários de prática. Também não podemos deixar de refletir, que essa falta de empatia na interação entre os discentes e os serviços de saúde, particularmente da APS/ABS, é também permeada por uma questão ideológica, ao valorizar outras áreas de atuação da enfermagem como as de média e alta complexidade como exemplo, a hospitalar, apesar de compreendermos que não é uma justificativa plausível, mas uma questão de imaturidade profissional.

Outras questões têm interferido na dificuldade da interação ensino–serviço de saúde. Os estudos de Flores e outros (2015) Madruga e outros (2015) e Pinto e outros (2013) fazem referência à existência de algumas dificuldades nessa articulação academia-serviço em relação à preceptoria como a resistência e/ou indisponibilidade de alguns profissionais da rede de serviços de saúde. Morais e outros (2010) referem a outro aspecto considerado importante que interfere na articulação academia/serviços de saúde, e que limita esse processo é a rotatividade dos trabalhadores de saúde, que tende a acarretar prejuízos nas práticas, na vinculação com as famílias atendidas e com os discentes.

Apesar de já termos explicitados em algumas falas alguns dos limites/dificuldades na articulação entre a academia e o serviço no contexto da APS/ABS, são ainda ratificados pelos docentes, Ent. Do6, Ent. Do7, Ent. Do10 da UEFS e Ent. Do23 da UPTC, dentre eles, a ausência de logística, recursos materiais e transporte para o cumprimento das atividades planejadas, além disso, os gestores (Secretaria Municipal de Saúde) não reconhecem o trabalho e a contribuição da Universidade e alguns municípios apresentam situações de violência, que dificultam o desenvolvimento das atividades de APS/ABS, como também a situação econômica de alguns discentes, falta de transporte para irem à comunidade.

> **Uma dificuldade ainda são os recursos**, a gente faz a solicitação de alguns materiais na UEFS, nem sempre vem, **assim como da própria Secretaria que as vezes falta alguma coisa ou outra**. Uma dificuldade também que eu acho que a gente tem enfrentado é o **não reconhecimento dos gestores e aí eu digo não da comunidade e da equipe, mas dos gestores, né?** (Ent. Do6).

> **Existe, principalmente entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade.** No meu ponto de vista **a Secretaria de Saúde deveria aproveitar esse instrumento que é a UEFS para muitas melhorias**, para apoio a várias situações e a UEFS é aberta a isso, mas não sei porque **existe alguma resistência por parte de alguns gestores que ocupam determinados cargos dentro da secretaria,** que acabam gerando alguns empecilhos, **não enxergam a Universidade** e os alunos como pessoas que venham a somar, pelo contrário, **acabam afastando**.... Eu percebo essas **dificuldades**, as vezes a gente marca alguma coisa com a comunidade e precisa de um carro, de um toldo, algo que vai além. **O planejamento é feito com antecedência, tudo bem-feitinho, e quando chega na hora a logística falha, a Secretaria de Saúde falha com a gente** (Ent. Do7).

> **Alguns limites também existentes em relação a algumas vêzes da violência no município,** algumas vezes por exemplo a questão da **visita domiciliar, algumas vezes nós vamos, mas algumas vêzes com um pouco mais de receio por conta da violência**, claro que isso sem dúvida traz um pouco de limite. (Ent. Do10).

> Bueno, eh, digamos que otra, **otra que es muy relacionada también con, con el tema económico, porque los estudiantes ahí tienen que aportar de su bolsillo también para los desplazamientos y eso a veces genera problemas para poder digamos hacer mejor su trabaj**o, **en algunos, eh, municipios son más proactivos y los gerentes facilitan el transporte, pero no todos** son así entonces esa **es una dificultad que también tenemos**. **La universidad a veces nos puede apoyar sobre, con el transporte de para llevar a los estudiantes a los municipios, pero a veces no, entonces también son restricciones**. (Ent. Do23).

Em convergência a tais falas, os discentes, Ent. Di31 e Ent. Di33 da UPTC declararam que uma das dificuldades/limites é a falta de transporte e as longas distâncias entre a Universidade e os municípios onde são desenvolvidas as atividades práticas no contexto da APS/ABS.

> De pronto, **alguna de las limitaciones, eh, que nosotros, eh, presentamos**, eh, pues, pues a nosotros como grupo, nosotros **estábamos a una hora de la ciudad de Tunja,** pues, eh, pues para mí fue bueno pues porque yo vivo en la ciudad de Duitama ¿sí? **pero entonces si se nos dificultaba en cierto modo**, eh, en algunas tutorías, teníamos que desplazarnos hasta la ciudad de Tunja **para recibir las tutorías estando nosotros en práctica** y tal vez de pronto, pues también no había mucha flexibilidad horaria con los docentes porque ellos tenían a cargo otros

> grupos, entonces pues, eh, **de pronto esa fue como una de las dificultades** (Ent. Di31/UPTC).
>
> [...] eh, en cuanto a la, a la parte ya comunitaria, me parece que un limitante, bueno**, uno de los limitantes es que, eh, bueno nosotros somos estudiantes y no siempre tenemos como la posibilidad de acceso a un medio de transporte todo el tiempo, entonces esa articulación que se tiene para hacer digamos prácticas en comunidad no, no, no tiene incluido, eh, cosas como transporte u otros gastos** que se puedan dar en caso de presentarse alguna cosa, entonces, **pues ese limitante me parece que la universidad no cubre, pues, parte del trabajo que nosotros hacemos en comunidad y esa articulación que se tiene pues nos deja ahí como a la, a la merced de lo que pase y que cada uno resuelva** (Ent. Di33/UPTC).

Inclusive os informantes chave, Ent. IF35 e o Ent. IF36 da UPTC, tem falas divergente ao afirmarem que não existe interação entre a academia e os serviços de saúde:

- “no hay una interacción entre los directivos, entre los directivos de las ciudades, de los municipios, del departamento, de la nación, no hay una articulación [...] pero las personas de las secretarias de salud a nivel, eh, local, departamental o nacional, no son personas que tienen formación”;

- “el puesto de salud saliera más a la comunidad, de que muchas veces ese trabajo se hacía solamente mientras que estábamos en la práctica, pero se, se, se opacaba cuando ya estábamos en vacaciones para esa continuidad del trabajo y es que tiene que haber continuidad o sino la comunidad se desmotiva … no existen los apoyos a nivel político, a nivel de gobierno, apoyos constantes, uniformes, cada día mejores para realizar esta labor ý para poder, para poder establecer esta conexión entre lo que requiere la comunidad(…)”

Além da falta de apoio do governo para o desenvolvimento das atividades, a pouca formação do pessoal da Secretaria de Saúde e a falta de interesse do enfermeiro do serviço de saúde para dar continuidade aos projetos iniciados pela Universidade no contexto da APS/ABS.

> [...] **el puesto de salud saliera más a la comunidad, de que muchas veces ese trabajo se hacía solamente mientras que estábamos en la práctica, pero se, se, se opacaba cuando ya estábamos en vacaciones para esa continuidad del trabajo y es que tiene que haber continuidad o sino la comunidad se desmotiva,** entonces muchas veces mientras que estábamos nosotros **con los estudiantes pues se veía mucha actividad y la receptividad en la comunidad, pero dejábamos de ir porque estábamos en vacaciones**, porque estábamos en la parte teórica, **entonces ya el programa, los programas se morían no se les daban la continuidad porque la institución, la institución no les daba la**

> **importancia** de que así estuviera el profesor y el docente ellos tenían que continuar con el programa, entonces ahí es donde **siempre yo vi la dificultad** (Ent. IF35).

> [...] el asunto es que **no hay una interacción entre los directivos, entre los directivos de las ciudades, de los municipios, del departamento, de la nación, no hay una articulación** [...] **pero las personas de las secretarias de salud a nivel, eh, local, departamental o nacional, no son personas que tienen formación, entonces las que tienen formación porque si se han encontrado casos en que si, entonces listo se ponen a trabajar, a bueno y cuando ya nombran otras ahí queda, entonces ahí si yo veo ese bache grande**, pero no es porque las comunidades no quieran, las comunidades si quieren, **es que no existen los apoyos a nivel político, a nivel de gobierno, apoyos constantes, uniformes, cada día mejores para realizar esta labor ý para poder, para poder establecer esta conexión entre lo que requiere la comunidad, lo que nosotros consideramos debe ser la formación y el servicio para el cual están capacitando** (Ent. IF36).

De acordo com os Ent. Do24 e Ent. Do28 da UPTC convergem com o Ent. IF35 e o Ent. IF36 da UPTC, ao expor que em ocasiões as instituições de saúde não dão continuidade aos projetos que executa a equipe da Universidade com a população, dado que, não compreendem a importância dessa continuidade das intervenções, para a consolidação da articulação entre a academia-serviço-comunidade:

> Yo creo que los tiempos de práctica, eh, porque **nosotros tenemos ocho o diez semanas de práctica y a veces las instituciones continúan los procesos, a veces no los continúan, entonces eso hace que la gente se sien, sientan, se pueda llegar a sentir en algún momento como, como utilizada, digamos, eh ¡ah no, solamente me visitan cuando están los estudiantes!** ¡Solo soy importante cuando están los estudiantes! Entonces una de las limitantes es eso que realmente **a veces las instituciones no comprenden la importancia de darle continuidad a los procesos desde los profesionales de Enfermería que tienen ahí en las instituciones**, pues bueno, simplemente tiene que ver cómo está organizado el sistema y cuál es la carga que se le ha asignado al profesional de Enfermería con otras actividades que no le corresponden ¿mm? (Ent. Do24).

> [...] **una de las limitantes es como el distanciamiento, eh, es como el distanciamiento del tiempo de práctica**, ¿A qué me refiero? Nosotros **terminamos semestre digamos en noviembre, y volvemos a la comunidad casi hasta marzo del siguiente año** mmm, entonces como esa continuidad hace que la gente, uno hace que**, si nosotros quisiéramos mejorar esa articulación deberíamos hacer que los procesos que iniciamos nosotros, las instituciones le dieran continuidad con su personal, pero, pero ha sido un poco difícil** ¿sí? (Ent. Do28).

Ainda, a informante chave, Ent. IF18/UEFS, tem uma fala que converge com as dos Ent. Do6, Ent. Do7, Ent. Do10 da UEFS e Ent. Do23 da UPTC, ao identificar como

dificuldade na articulação entre a academia-serviço-comunidade, a rotatividade dos profissionais nas unidades de saúde além de as situações violência nas comunidades.

> Agora **os limites a gente têm a questão da rotatividade como a gente já colocou, nós temos a questão hoje da violência** (Ent. IF18).

Do mesmo modo, o discente, Ent. Di34/UPTC, tem uma fala que converge com a dos docentes da UEFS, Ent. Do6, Ent. Do7, Ent. Do10 e informante chave, IF18UEFS, ao mencionar que em algumas comunidades vulneráveis, existem condições de insegurança e consumo de sustâncias psicoativas que geram sentimentos de temor no discente no momento de se adentar na comunidade.

> [...] **a veces el barrio, hay un poquito más de ambiente tenso, pero no con la comunidad sino con lo que viven ellos**, por ejemplo, como **son a veces las zonas más vulnerables de ¿Tunja**?, **un poco se veía consumo de sustancias psicoactivas** y bueno cositas así, entonces pues digamos que, que **eso como que le daba a uno un poco de inseguridad,** pero no desde el conocimiento sino de la seguridad de usted como persona (Ent. Di34/UPTC)

Percebemos nestas falas dos Ent. Do6/UEFS, Ent. Do7/UEFS, Ent. Do10/UEFS, Ent. Do23/UPTC, Ent. Do24/UPTC, Ent. Do28/UPTC, IF18/UEFS, IF35/UPTC, IF36/UPTC, Ent. Di31/UPTC, Di33/UPTC e Di34/UPTC, mesmos de grupos sociais diferenciados, que as dificuldades apresentadas nos cenários de práticas no contexto da APS/ABS estão relacionadas com a falta de logística, recursos materiais e transporte para executar as intervenções próprias do cuidado de Enfermagem dentro do serviço de saúde e na comunidade. Ainda, no nível gerencial, a limitação está associada à resistência de alguns gestores da Secretaria Municipal de Saúde que acabam gerando alguns impedimentos para o desenvolvimento e continuidades dos projetos e as atividades, e não reconhece a Universidade e o discente como pessoa que contribuem com o sistema de saúde e acabam se afastando.

Também, alguns dos limites estão ligados com situações de violência que afrontam os municípios onde são realizadas as visitas domiciliares, ocasionando temor na equipe da Universidade, dificultando o cumprimento das atividades no contexto da APS/ABS.

No entanto, alguns desafios precisam ser superados, pois, compreendemos como Araújo e outros (2015) que a interação da Universidade com os serviços de saúde além de fortalecer a formação crítica dos sujeitos da comunidade e dos serviços, poderá exercitar a superação da visão tradicional e fragmentada do trabalho em saúde e ampliar a visão do

discente, desmitificando o saber científico em uma atuação centrada na vida, e não apenas na doença e na cura.

Uma articulação entre ensino e serviço mais estreita, segundo Carvalho e outros (2015), exige mediações complexas, pois há desigualdades e contradições na relação entre academia, serviços e comunidade. Pressupõe a construção de projetos coletivos, responsabilidade compartilhada, espaços de diálogo solidário e, sobretudo, negociação. As melhorias de infraestrutura, as políticas que incentivam a participação e o envolvimento de todos e a educação permanente são importantes, mas atitudes como convivência e escuta respeitosa, negociação e parcerias em projetos conjuntos precisam ser construídas nos espaços de diálogo e de atuação, cenários da aprendizagem, no dia a dia por docentes, estudantes, profissionais e usuários.

Nos estudos de Pinto e outros (2013) e Camara, Grosseman e Pinho (2015) uma das dificuldades encontradas diz respeito às contradições existentes no processo de gestão da integração ensino-serviço, onde alguns gerentes dos centros de saúde desconhecem ou não se comprometem com as atividades resultantes da interação, e à falta de clareza no contrato de parceria entre a academia e a Secretaria da Saúde, mostrando a necessidade de institucionalizar essa relação. Além disso, para Grillo e outros (2013), as condições de vida da população, principalmente dos mais carentes, e a violência urbana são consideradas aspectos determinantes das condições de saúde da população que dificultam a obtenção de melhores resultados com as intervenções na área de saúde.

Todavia, o estudo, “Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde” (RODRIGUES et al., 2012) relata que nesse processo de interação ensino, serviço e comunidade em muitas ocasiões, não existem recursos audiovisuais na ESF; além da resistência de alguns agentes comunitários de saúde em trabalhar com os monitores; a difícil aceitação inicial de algumas equipes do PSF em relação ao trabalho do PET; as deficiências na estrutura física e carência de materiais em algumas Unidades de Saúde da Família; a baixa adesão de algumas micro áreas nas atividades realizadas pelos grupos PET; a violência em algumas áreas onde se localizam as ESFs; e a carência de transporte, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, para realização de visitas domiciliares.

Já o estudo “A formação do enfermeiro e a necessidade de consolidação do Sistema Nacional de Saúde” (GRILLO et al., 2013) revela que raramente encontram na rede de serviços as inovações propostas, evidenciando um distanciamento entre as definições políticas teóricas e a realidade dos serviços nos quais se inserem. Portanto, gerar profissionais transformadores ensinando o que precisa ser, pois a teoria não coincide com a realidade vivida no cotidiano dos serviços, representa um verdadeiro desafio.

Neste sentido, segundo Mendes e outros (2018), a integração contribui para a formação de profissionais de saúde que atendam às necessidades sociais, e proporciona experiências multiprofissionais e interdisciplinares em cenários reais de prática. No entanto, vários desafios precisam ser superados a fim de garantir uma formação de qualidade, com inserção dos graduandos nos serviços, em meio à infraestrutura precária do SUS - modelo hospitalocêntrico ainda predominante - aos currículos fragmentados em disciplinas, diante da pouca valorização e incentivo às práticas extramuros e resistência de alguns docentes em participar da integração, dentre outros.

É evidente a existência de consenso e de contradições na formação com interação ensino-serviço-comunidade. Para tanto, Mendes e outros (2018) entendem que é imprescindível que haja uma maior articulação entre Universidades e serviços de saúde a fim de que os desafios presentes na interação sejam superados, de modo a viabilizar uma formação de qualidade. E que a presença de discentes nos serviços de saúde também traga benefícios para a população com a prestação de um serviço de maior qualidade, procurando romper o modelo hegemônico atual, principalmente centrado no usuário.

Por conseguinte, o referido autor defende a necessidade de institucionalização da interação ensino-serviço-comunidade, bem como da valorização de iniciativas que dinamizem e flexibilizem o ensino em atividades multiprofissionais e interdisciplinares para que haja o envolvimento de todos os atores - docentes, discentes, profissionais de saúde, usuários e gestores - bem como o compromisso de todas as instituições envolvidas na modificação da formação em saúde e na transformação dos processos de atenção à saúde.

Diante disso, vemos uma fala convergente do Ent. Do2/UEFS com as dos Ent. Do4 e Ent. Do8 da UEFS, ao declarar que na gerência dos serviços de saúde, existem alguns profissionais que são mais resistentes à entrada do discente nos serviços de Atenção Básica, modificando assim o processo de trabalho da enfermeira. Além do mais, a academia

precisa contar com um espaço permanente para desenvolver as suas atividades, já que, ao finalizar a prática acaba a relação com a UBS e essa articulação torna-se ineficaz.

> **Na gerência do serviço, por vezes, a gente encontra, né? Alguns perfis de profissionais que são mais resistentes a entrada do discente nos contextos né?** Porque certo modo, isso daí **causa uma modificação do processo de trabalho, né?** Há o envasamento do funcionamento daquele serviço porque querendo ou não eles estão sendo observados por estudantes, né? (Ent. Do4/UEFS).

> **Outra dificuldade que nós temos de articulação, é nós deveríamos ter um espaço permanente**. Que tem projeto de extensão, eu por exemplo, tenho um espaço permanente por que tenho um projeto de extensão dentro da unidade que eu trabalho. A graduação acaba, mas eu permaneço atendendo com os meus bolsistas, mas nem todos os docentes tem isso. **Então quando acaba o semestre tem isso, acaba a relação com a unidade.** No meu caso não, e no caso de outras colegas talvez não, mas a grande maioria sim. **Então essa articulação fica deficiente. Eu acho que todo docente deveria ter um projeto que mantivesse essa integração** (Ent. Do8/UEFS).

Neste âmbito a informante chave, Ent. IF36/UPTC, complementa as falas dos Ent. Do4 e o Ent. Do8 da UEFS, ao afirmar que existem profissionais de Enfermagem que não possuem a preparação 'adequada' para atuar na área da APS/ABS, portanto, não desenvolvem as atividades correspondentes. Ademais, ter uma carga horária extensa no serviço de saúde, preferindo realizar a assistência, deixando de lado as ações na comunidade.

> [...] **hay personal de Enfermería que no tiene la formación**, yo no sé si es que no tiene la formación o es que no, **no desempeña su labor como debe ser o es que le da a pereza hacer esos trabajos, eh, de atención primaria con la comunidad, entonces ahí yo veo a veces dificultades**, cuando, cuando damos con enfermeras que trabajan en las consultas externas y que tienen sus trabajos de la comunidad y todo eso va bien, **otra cosa es que hay demasiada cantidad de trabajo y las personas entonces se dedican a hacer lo que hay que hacer en el hospital y no piensan en como proyectarse a la comunidad y los usuarios** (Ent. IF36/ UPTC).

Diante das falas convergentes dos docentes, Ent. Do4/UEFS, Ent. Do8/UEFS e Ent. IF36/UPTC, com as dos discentes, Ent. Di15/UEFS, Ent. Di17/UEFS e o Ent. Di32/UPTC, elas explicitam que dentre dos limites da articulação academia-serviço-comunidade no contexto da APS/ABS, estão a falta de acolhimento por parte de alguns profissionais do serviço de saúde à equipe da Universidade, já que, consideram que o discente não tem os

conhecimentos teóricos e práticos suficientes para realizar os procedimentos, a falta de empatia da enfermeira com o usuário e o preconceito da população que não gosta de ser atendida pelo discente na consulta de Enfermagem.

> Olha só**, os profissionais não gostam, porque parece que a gente tá invadindo o local de trabalho deles, mas outros que são mais maleáveis a nossa presença**, porque é uma ajuda a mais sabe? Mas os nossos professores, é a mesma coisa com os professores, parece que é uma invasão e tal. **As vezes ficam desconfiados com a gente porque acha que a gente não sabe nada, entende?** Por isso que eu falei do preconceito por estudante e enfim, aí por isso que rola aquele atrito entre estudante e comunidade, com o professor nem tanto, porque professor meio que tá com a gente, **agora entre usuário e estudante, tem umas que não gostam mesmo de ser atendidas por nós, tanto na rede básica quanto no hospital** (Ent. Di15/UEFS).
>
> [...] **existem alguns locais que a gente não é bem recebidos pelos profissionais porque eles acham "a estudante né estudante não vai não vai saber fazer o que eu faço" ai as vezes a gente não é bem recebido ou a gente não consegue uma liberação da Secretaria de Saúde pra fazer alguma coisa alguma ação né,** é, e muitas vezes a própria comunidade é tem uma parte que gosta muito de ser atendido por estudante, porque eles acham que eles acham que o estudante presta mais atenção é mais cuidadoso **e tem outra parte da população que tem preconceito "aaa é estudante eu não quero" então assim as limitações são essas né** [...](Ent. Di17/UEFS).
>
> Pues es que yo pienso que en **lo que he visto del, del profesional con el tiempo no, no entiendo porque a uno se le va perdiendo como esa humanidad que uno aprende en la universidad**, no estoy diciendo que sean como todos los profesionales pero **si he visto que algunos pierden esa humanidad y que el trato con la comunidad tiende a ser un poco brusco, un poco tosco,** entonces **es como ver como más esa empatía hacia la comunidad y hacia la persona para lograr que ellos hagan el cambio** que nosotros necesitamos **para que mejoren su salud** [...] (Ent. Di32/UPTC).

Outra dificuldade da articulação entre a academia e o serviço de saúde é apresentada pelo Ent. Do9/UEFS ao declarar que ainda persiste um modelo assistencial centrado no indivíduo, na Biologia, no mecanicismo e na queixa-conduta, aquele que dificulta cumprir com o Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem que busca atuar na perspectiva do SUS nos campos de prática.

> Quando você tem um secretário de Estado, que quando assumiu, ele tentou acabar com as vigilâncias lá no Núcleo Regional do Estado, o que é que ele quis dizer? Como ele é um empresário da saúde, ele quis dizer o seguinte: Não às vigilâncias e agora vamos pra assistência propriamente dita. Então, **uma questão de queixa-conduta, então isso é um limite**

> **fundamental, porque não adianta você ter um projeto pedagógico do curso que atua na perspectiva do SUS e você tem lá campos de prática que não atua nessa perspectiva** (Ent. Do9/UEFS).

Para os Ent. Do10 e Ent. Do11/UEFS, uma dificuldade nessa articulação entre a academia e o serviço, é a ampliação da oferta de cursos de Enfermagem das IES privados nos cenários da APS/ABS, provocando uma superposição de práticas nesses espaços, ocasionando interferência na continuidade das intervenções dos discentes de enfermagem da UEFS.

> **Alguns limites que eu considero é que antes ela tinha um campo somente para ela, e agora nós temos 10 instituições privadas, então hoje nós já vemos algumas dificuldades de marcar o campo,** de ter portas mais abertas justamente porque **o serviço de saúde eles precisam organizar mais hoje as entradas dos serviços de saúde** (Ent. Do10/UEFS).
>
> [...] sempre boa relação forte **embora com a série de fragilidades principalmente com a oferta de o a ampliação da oferta de cursos privados na área da saúde** [...] isso o que que aconteceu ... **muitos profissionais da rede são contratados também como professores ou preceptores da ... da rede privada então muitas vezes isso provoca uma certa predileção em alguns cenários para a rede privada isso é uma interferência** que não tem [...] (Ent. Do11/UEFS).

Fala convergente da informante chave, Ent. IF18/UEFS, com a dos docentes, Ent. Do10/UEFS e Ent. Do11/UEFS, é relacionada à dificuldade na articulação entre a UEFS e os serviços de saúde a respeito da multiplicação de cursos de Enfermagem em Feira de Santana.

> E **temos também um grande número de faculdades de Enfermagem né, de cursos da área de saúde, faculdades de enfermagem,** hoje finalmente a gente conseguiu delimitar o que é que pertence a UEFS, com que critérios, então a UEFS como é mais antiga, então ela permanece nos campos, que ela já vinha desenvolvendo trabalho, mas **mesmo como o número das outras IES, é muito grande as vezes a gente precisa mediar, a gente precisa cobrar realmente uma maior defesa dos nossos espaços** (Ent. IF18/UEFS).

Mas, diferentemente das demais falas apresentadas, a do Ent. Do1/UEFS faz referência à prática da interação entre o discente e o usuário com problema de saúde mental no contexto da APS/ABS, "é difícil", dado que, o usuário tem dificuldade para atender o cumprimento de algumas atividades da AB. Por outro lado, alguns serviços não contam com profissionais de saúde capacitados para trabalhar com os usuários que tem patologias mentais,

o que dificulta a interação com os docentes e discentes no desenvolvimento das atividades na APS.

> **Em saúde mental é difícil** já era para estar anos luz, **muito difícil, eles dizem** [...] ahhh você só tem teoria e aqui na prática a gente tem os objetivos que nós pretenderíamos fazer na capacitação[...] **Por que é que o paciente não ficam, não ficam sentadinhos e quietinhos como eles querem**, ficam volta já tive que fazer isso, porque [...] E assim pro, **muitos dos que são contratados não entendem nada de Saúde Mental, tudo é apadrinhamento político então quando você está ouvindo que não sabe qual foi a lei, quem foi Freud, quem foi Lopes Rodriguez**... meu padrinho é fulano de tal [...] (Ent. Do1).

A Universidade [discente/UEFS] e o próprio serviço de saúde enfrentam a pouca participação da comunidade na sala de espera, portanto, a equipe busca desenvolver essas atividades durante a consulta de Enfermagem como reporta o docente, Ent.Do11/UEFS, a seguir.

> Veja só **uma dificuldade que o próprio serviço já enfrenta e a própria Universidade também é a participação da comunidade** [...] **essa participação é terrível em algumas situações** [...] você por exemplo quer promover uma sala de espera sobre determinado tema ou você quer... mobilizar a comunidade pra conselho local [...] **a gente tem vivenciado muito essa dificuldade aqui no feira 6** a tempos que a gente vinha mobilizando tentando trazer a população pra entender primeiro qual era o papel do conselho pra reconhecer que era importante fortalecer essa participação popular pra melhorar o cuidado na unidade é um processo árduo [...] (Ent. Do11/UEFS).

Além disso, o discente, Ent. Di32/ UPTC, complementa a fala do docente, Ent. Do11/ UEFS ao comentar que na articulação entre academia-serviço-comunidade a dificuldade é a falta de interesse da população em participar nas atividades da visita domiciliar realizada pela equipe da universidade na comunidade.

> **Según mi experiencia a veces hay ciertas discordancias digamos a modo de comunidad** nosotros no vamos a ir, nosotros **generalmente realizamos con anticipación las citas de las visitas domiciliarias** y hay mucha gente que cree que nosotros vamos a, a darles medicamentos y por eso nos abren las puertas de su casa**, pero en el momento en que ellos se dan cuenta de que vamos a hacer una valoración, que vamos a hacer una identificación de necesidades ellos cambian su actitud**, no digo que sea toda la gente porque pues no, pero si una que otra persona y además **cuando ellos saben que somos gente de la universidad a veces también se, se indisponen un poco y no nos, no nos colaboran**, (Ent. Di32/UPTC).

Apesar da histórica trajetória de integração ensino-serviço, da priorização das necessidades de saúde da população e da existência de uma rede estruturada de serviços de saúde pública, Gil e outros (2008) ressaltam que há que se reconhecer que o caminho está longe de ser efetivamente uma política consolidada para os parceiros envolvidos. A falta de mecanismos mais perenes tanto na Universidade como nos serviços de saúde ainda fragiliza o processo de articulação ensino-serviço-comunidade na Atenção Básica.

No entanto, Albuquerque e outros (2008) reforçam que os espaços de interseção entre ensino e serviço são importantes para a formação em saúde e também para a consolidação do SUS, e embora sejam palcos de conflitos e dificuldades, mas não há culpados; mesmo com interesses distintos, nem sempre são antagônicos.

Entretanto, mesmo com um SUS sucateado no momento, de acordo com Kuabara e outros (2014) a mudança na formação dos profissionais de saúde representa condição essencial no atendimento das necessidades dos serviços, especialmente no que se refere ao atendimento dos princípios e diretrizes do SUS. Uma necessidade ainda demanda distintos enfrentamentos, especialmente com referência à desarticulação e dicotomia entre ensino e serviço.

Sem embargo, Reibnitz e outros (2016) e Oliveira, Pereira e Lima (2017) entendem que a proposta de integração ensino-serviço não é uma estratégia para amenizar a sobrecarga dos profissionais que atuam nos serviços, sob o risco de retomar a estratégias tradicionais tecnicistas de ensino em saúde, pautadas no fazer e na supressão da demanda. A integração ensino-serviço objetiva estabelecer relações horizontalizadas, de ações (inclui-se aqui proposta pedagógica e delineamento das mudanças curriculares) e resultados compartilhados advindos desta relação.

Neste cenário, as limitações para maior integração entre a Universidade e os serviços de APS/ABS dizem respeito, principalmente, ao fato de que nessas organizações – a universidade, de um lado, e os serviços de saúde, de outro – são desenvolvidos processos de trabalho distintos. Desse modo, a Universidade se volta mais para a produção do conhecimento, ‘o saber’, e os serviços estão mais voltados para a produção da assistência em saúde, ‘o fazer’ (CARVALHO et al., 2015).

Por este motivo, de acordo com Mendes e outros (2018), é necessário que a Universidade dê um suporte aos preceptores e os envolva no processo de planejamento e

avaliação das atividades desenvolvidas no serviço, visto que muitas vezes os profissionais do serviço estão desempenhando atividades no ensino de forma inadequada e solitária. Daí, defendermos que é importante haver um maior envolvimento institucional, com parceria entre as partes, a fim de que os preceptores se sintam preparado para o exercício da preceptoria, e que seja oferecido um acompanhamento de qualidade aos discentes.

Portanto, a comunicação é fundamental em qualquer processo de ensino-aprendizagem, assim como nas atividades de planejamento. Segundo Carvalho e outros (2015), no ensino em serviço, o planejamento conjunto é um componente importante para a integração e tem interface com a comunicação. Tal planejamento precisa ser construído em parceria com todos os envolvidos no processo (docentes, discentes, profissionais e comunidade) em consonância com os princípios dos SUS e as necessidades locais das unidades de saúde. O planejamento de metas e ações com a equipe local da UBS nas reuniões mensais das equipes e com a população nas reuniões dos conselhos locais e municipal seria um avanço importante.

Não obstante, além desse planejamento de metas e ações com a equipe local da UBS é necessário levar em consideração a divulgação do projeto pedagógico, propiciar ambientes de diálogo, ampliar espaços de interlocução entre Universidade, serviços da APS/ABS, parcerias com lideranças comunitárias e conselhos de saúde, para que os participantes compartilhem conquistas, dificuldades, anseios, experiências e, sobretudo, discutam o papel de cada um na formação profissional e na reorganização da atenção básica (BRASIL, 2013).

Em complementariedade a tais aspectos, Carvalho e outros (2015) consideram também que as reuniões conjuntas entre os segmentos parceiros e escutas mais cuidadosas das equipes de saúde podem ser alternativas de enfrentamento dessas questões. Sentimentos positivos de simpatia, respeito, amizade favorecem a cooperação e a interação. Todavia, o comentário ‘os discentes facilitam o atendimento com algumas famílias’ mostra um trabalho conjunto, portanto, manifestando uma forma de interação da Universidade com o serviço.

No que se refere aos **avanços** da articulação e interação UEFS-serviços da APS/ABS, há falas convergentes dos Ent. Do7/UEFS, Ent. Do8/UEFS, Ent. Do11/UEFS, Ent. Do22 e Ent. Do23/UPTC, representados pelo.

-reconhecimento, criação de vínculo, respeito, confiança,

- implementação de práticas ‘novas’ de saúde,

-capacitação de gestores, enfermeiras e agentes comunitários de saúde,

-oferta de cursos de pós-graduação para os profissionais da rede de saúde,

-implantação de clínicas odontológicas,

-reformas da USFs de Novo Horizonte e Matinha,

-“convenios docente asistenciales o convenios de cooperación que eso formaliza esa, esa relación con las entidades”,

-“la apertura que tiene el Estado ya en términos de hacer relaciones, unas relaciones más tranquilas, más eficientes y de mayor reconocimiento (…) el Estado ya reconoce que la universidad es importante ahí en lo social, en lo comunitario (…)”.

Avanços que estão contextualizados nestas falas.

> **Tem avanços, o reconhecimento, respeito, criação de vínculo**... **A questão da confiança, do vínculo, isso é um avanço**. ... **Muitas vezes os funcionários procuram os alunos para tirar dúvidas**, **para dar uma orientação**, então ele confia naquilo que está sendo passado (Ent. Do7/UEFS).

> Muitos. Por que assim, **com essa articulação a gente consegue implementar práticas novas, capacitar os profissionais, realizamos oficinas com os agentes comunitários de saúde, com as enfermeiras, com os gestores** [...] **a oferta de vagas em vagas em pós-graduação que a gente tem muito profissional na rede tem se qualificado no programa de saúde coletiva** e outros né que tem assistência farmacêutica em outras áreas [...] (Ent. Do8/UEFS).

> Mas **a gente sempre procurou ter uma boa relação** principalmente a gente **captava recursos pra re**de [...] **a gente implantou dez consultórios odontológicos na policlínica do George Américo com recurso do pro saúde** né [...] **reformou o Novo Horizonte, Matinha** [...] (Ent. Do11/UEFS).

> **Yo te decía, la apertura que tiene el Estado ya en términos de hacer relaciones, unas relaciones más tranquilas, más eficientes y de mayor reconocimiento que es lo más importante ¿no?** Entonces por lo menos **el Estado ya reconoce que la universidad es importante ahí en lo social, en lo comunitario,** esos trabajos que antes, eh, se veía era ¡Ah no es que nosotros le damos el permisito pa’ que usted venga y haga su práctica! Que era algo muy curioso, ahora no, ¡**Los necesitamos, es importante que ustedes estén aquí! Esa es una apertura muy importante** que en términos de perspectiva son muy valiosos, eh, pero todo depende de cómo sea, de cómo se dé ¿no? (Ent. Do22/UPTC).

> **Pues digamos que los avances que hoy tenemos es que hay unos convenios, se puede decir convenios docente asistenciales o convenios**

> **de cooperación que eso formaliza esa, esa relación con las entidades** y pues eso ayuda para que nosotros podamos aprovechas mejores eso, esa oportunidad (Ent. Do23/UPTC).

Um avanço dessa articulação é verbalizado pelo Ent. Do10/UEFS, diferente das falas desses docentes é referente a vivência do discente de enfermagem da UEFS no contexto da APS/ABS e a sua responsabilidade social, logrando uma formação diferenciada das discentes quando são comparadas com algumas das IES privadas e como profissionais quando são lançados no mercado de trabalho.

> Eu digo isso porque eu também leciono em instituição privada, então **eu percebo que a vivência dos estudantes na Atenção Básica aqui na UEFS realmente tem uma representatividade muito importante** e que realmente **isso faz uma diferença quando esses profissionais são lançados no mercado de trabalho** (Ent. Do10/UEFS).

Complementando a fala do Ent. Do10/UEFS o Ent. Do30/UPTC afirma que um dos avanços da articulação academia-serviço-comunidade no contexto da APS/ABS, compreende a aquisição e fortalecimento de competências para o atuar profissional dos discentes, além do cumprimento das atividades dos serviços de saúde.

> Bueno, **pues los alcances y los logros son grandes** ¿por qué?, **porque se fortalecen las competencias de los chicos de un lado**, mm, em, **les va a dar como esa experiencia para que cuando salgan a ser, salgan profesionales sean capaces** ¡ay!, yo hice esto, yo hice lo otro ¿cierto?, mmm, y entonces, ehh, **incluso las mismas instituciones, emm, han visto reflejado en, como en sus objetivos, las actividades que hacen los muchachos** ¿no?, **que se fortalecen, emm, los procesos** [...] se fortalecen en lo que los chicos hacen y los chicos y nosotros **tenemos la posibilidad de que ellos logren, eh, fortalecer también la, esas capacidades resolutivas ¿cierto**?, eh, y capacidades de solución y las capacidades como de, de, de, de, **de talento humano, como esas competencias del talento humano que tienen ¿no?**(Ent. Do30).

Outras falas diferentes às demais sobre os avanços da articulação e interação da Universidade- serviços da APS/ABS- comunidade são verbalizadas pelos discentes, Ent. Di16, Ent. Di17/ UEFS e Ent. Di33 e Ent. Di34/UPTC, dentre os avanços estão: a oportunidade de troca de conhecimentos durante o desenvolvimento das atividades prática, conseguir chegar até as comunidades mais afastadas do serviço de saúde para brindar atenção e cuidado, oportunidade de aprender na prática do serviço, ajuda à população com os

conhecimentos em saúde, “el poder como enfermeros de conocer, eh, el entorno de las personas y poder así liderar proyectos a nivel, eh, a nivel ya global, eh, que nos ayuden a mejorar la calidad de vida,” doação de materiais por parte da Universidade para a realização de procedimentos no serviço da AB, possibilitando o cumprimento das atividades de Enfermagem.

> **Tem avanços**, é **existem locais que que a unidade básica não conseguia chegar que com ajuda da Universidade, dos estudantes aa ela consegue alcançar entendeu?** Uma população... afastada que a gente vai fazer uma ação. **Então assim, é bom pra todo mundo** (Ent. Di17/UEFS).

> **A troca, a de conhecimentos, o aprendizado, a oportunidade da gente aprender na pratica do serviço, acho que é positivo a nossa presença aqui, porque querendo ou não nós trazemos um retorno, nós realizamos ações, de certo modo, de sobrecarregamos os profissionais e o serviço, e podemos ajudar a população com nosso conhecimento**, acho que poderia mais da uma maior contrapartida, acho, mas eu acho que nós já temos uma contrapartida positiva porque por exemplo, **os materiais nós podemos solicitar pela universidade então querendo ou não isso é positivo para o serviço e para o usuário** (Ent. Di16/UEFS).

> Ya como te decía entonces **en la práctica comunitaria, los logros han sido también fascinantes porque hemos podido ver que aparte de hacer una intervención individual tenemos el poder como enfermeros de conocer,** eh, **el entorno de las personas y poder así liderar proyectos** a nivel, eh, a nivel ya global, eh, **que nos ayuden a mejorar la calidad de vida**, tonces **hemos podido reflexionar sobre todas las problemáticas que muchas veces no son tan visibles para otras personas**, pero que nosotros sabemos que **afectan la salud de la comunidad y que podemos tomar cartas en el asun**to (Ent. Di33/UPTC).

> [...] esa articulación entonces permite que las personas, eh, como que, mmm, [...] de que a **nosotros seamos estudiantes en ese momento tenemos los conocimientos para brindarle un cuidado oportuno o para darle una información oportuna y de calidad,** y de, y **basada en evidencias**, y bueno, y en todo, entonces yo creo que eso es lo que nos aporta, **ese es un logro, que la comunidad tenga confianza en nosotros en la información que le vamos a dar** (Ent. Di34/UPTC).

Uma outra fala diferente foi a do Ent. Do9/UEFS ao fazer referência que os avanços estão constituídos pela perspectiva de introduzir um Sistema Único de Saúde, cujos princípios e diretrizes sejam colocados na prática no contexto da APS/ABS.

> Sim, **os avanços são exatamente de você trazer o que é preconizado pelo SUS numa perspectiva de você introduzir um Sistema Único de Saúde, cujos princípios, diretrizes, etc., sejam colocados na prática** (Ent. Do9).

Por último, com relação às **perspectivas/possibilidades**, os docentes, Ent. Do8 e Ent. Do9 da UEFS e Ent. Do24 da UPTC tem falas convergentes ao afirmarem que a Universidade pública precisa ter um projeto de divulgação massiva das atividades que realizam com a comunidade. Ademais, o Curso de Graduação em Enfermagem necessita implementar disciplinas como Saúde Comunitária, Educação em Saúde para que desenvolva uma maior relação com a população; fortalecimento dos projetos de pesquisa e de extensão manter essa articulação-interação do docente e discente com a população no contexto da APS/ABS.

> **Toda Universidade pública deveria ter um projeto de divulgação das atividades que fosse massivamente, na rádio ou televisão, para que fosse reconhecido esse trabalho.** Com certeza, no trabalho além de ter qualidade, tem resolubilidade. **E ele representa essa integração**. E eu **considero que nos damos essa resposta para a comunidade.** E eu considero que nós **temos essa obrigação de da essa resposta soc**ial (Ent. Do8/UEFS).
>
> É o que a gente colocou lá no início, **a gente precisa ainda - o curso - desenvolver pra que o estudante, ele tenha, talvez uma coisa aí lá de educação em saúde, uma disciplina lá, por exemplo: Saúde Comunitária, pra que ele desenvolva mais essa relação com a população** (Ent. Do9/UEFS).
>
> Yo creo que nosotros tenemos que **fortalecer mucho los procesos de investigación y de extensión,** eh, porque pues digamos la docencia lista, el trabajo con los estudiantes nosotros lo hacemos, **pero también como desde la investigación nosotros le damos continuidad a esos procesos y como desde la extensión** (Ent. Do24/UPTC).

Diante disso, os Ent. Do3/UEFS e Ent. Do21 e Ent. Do29 da UPTC complementam a fala do Ent. Do8, Ent. Do9 da UEFS e o Ent. Do24 da UPTC, especificando que é preciso fortalecer a AB, valorizar o SUS, o trabalho intersetorial com a política e o território, além de consolidar o diálogo e a aproximação da Universidade com o Conselho Regional de Enfermagem (COREn), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e o Sindicato dos Enfermeiros.

> E aí **a gente precisa fortalecer essa Atenção Básica**. Sempre digo aos alunos**, o nosso maior empregador é o SUS e o maior quantitativo está na Atenção Básica**. Então, sim, **a gente percebe que ainda precisa estreitar os laços, a gente precisa valorizar, precisa empoderar mesmo, mas isso dá através do diálogo e do fortalecimento das**

> **instâncias que nos representam, precisamos nos aproximar dos conselhos, conselho de enfermagem, a ABEN, a Associação Brasileira de Enfermagem e o Sindicato dos Enfermeiros** (Ent. Do3/UEFS).

> Eh, no pues en estos momentos la Escuela está en un ajuste curricular ¿sí? y precisamente **lo que estamos buscando es que a futuro, eh, la Escuela pueda tener una mayor, un mayor trabajo intersectorial**, es que **el trabajo intersectorial no es fácil ¿sí? pero como reconocemos que es necesario, que hay otras miradas de ver que se necesitan para solucionar una situación,** pues **necesitamos** del sector, de, de, de, de **fortalecernos más con esos servicios de salud** ¿sí? pero también necesitamos fortalecernos más con otras disciplinas para mirar la parte intersectorial ¿sí? para lograr efectivamente que se maneje, digamos, efectivamente el concepto de APS en el currículo (Ent. Do21/UPTC).

> Eh, como, a mí me parece que, eh, **la fuente en la cual nosotros podríamos tener un mayor impacto sería a través de un trabajo intersectorial mucho más robusto donde se hagan convenios, eh, docencia, eh, servicio con alcaldías y territorios, entes territoriales para que podamos efectivamente con recursos de atención en salud**, llegar a esas comunidades, la verdad es que tenemos unas, unas limitantes muy importantes en cuanto a la gestión de recursos, eh, desde los entes territoriales para la acciones academia, eh, servicios de salud. (Ent. Do29/UPTC).

Mesmo assim, o Ent. G13/UEFS e o Ent. G20/ UPTC complementam a fala do Ent. Do3/UEFS, declarando que existem situações de conflito entre a academia e o serviço, mas mediante o diálogo é possível melhorar determinadas situações de estrangulamento. Ademais, a Universidade poderia ter mais apoio de recursos para a formação profissional de Enfermagem, dar mais respostas à comunidade e diminuir as situações focadas na demanda curricular por causa da extensão.

> Eu vejo que **nós enquanto Universidade poderíamos dar mais respostas à comunidade;** eu vejo às vezes uma situação focada uma demanda curricular, que isso não é tão veemente, por causa da extensão, mas se **a gente conseguisse responder bem mais às demandas da comunidade eu acho que isso seria melhor. Essa parceria existe, claro que existe situações de conflito também entre o serviço, mas nós trabalhamos com o diálogo, tentando melhorar determinadas situações de estrangulamento** (Ent. G13/UEFS).

> [...] **darle digamos pues a pesar de la Universidad que es en este caso quien está formando el talento, más oportunidades**, y pues sí, **también recursos que se necesitan para generar estrategias que llegan directamente a las comunidades** y que eso también va a mejorar obviamente la articulación entre la institución y la academia **porque hay mucha comunidad alejada,** hay mucha, eh, eh, **comunidad perdida, hay mucha comunidad que no está captada, hay mucha comunidad que no, no goza de los beneficios que pudiese tener esa articulación** [...] (Ent. G20/UPTC).

Ainda uma fala diferente do Ent. Do9 salienta que a UEFS tem “diversos ex-alunos, diversos enfermeiros e enfermeiras que foram formados nessa instituição e estão na militância, no engajamento da defesa do SUS”.

> É importante, inclusive, que **nós temos diversos ex-alunos, diversos enfermeiros e enfermeiras, que foram formados nessa instituição e que estão na militância, no engajamento da defesa do SUS** e a gente acha que, aquilo que você colocou lá, qual o objetivo fundamental da disciplina? Tornar profissionais engajados na militância. **O objetivo não é só tornar profissionais técnicos, que manipulam os equipamentos, mas profissionais que tenham uma visão crítica** (Ent. Do9/UEFS).

Nesta perspectiva, a integração ensino-serviço-comunidade, segundo Mendes e outros (2018), mostra-se como uma importante estratégia para alcançar as mudanças no processo formativo dos profissionais de saúde, viabilizando, assim, modificações nas práticas profissionais e no modelo de atenção. Contribui, também, para melhorias na qualidade e na oferta de ações nos serviços de saúde, ao beneficiar diretamente a comunidade.

De acordo com Khalaf e outros (2019) a integração ensino-serviço é considerada um processo fundamental para a formação de enfermeiras voltadas ao reconhecimento da realidade e à necessidade da população. A aproximação com a equipe torna-se mais forte na prática clínica, sobretudo durante o desenvolvimento dos estágios curriculares obrigatórios, momento em que o acadêmico passa a ter supervisão direta do profissional de saúde.

Além disso, de acordo Mendes e outros (2018), a interação da Universidade com os serviços de saúde possibilita uma formação crítico-reflexiva em cenários de prática, contribuindo para a formação de profissionais generalistas, com o perfil exigido pelas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Brasil no que diz respeito à compreensão da realidade em que vive a população, além de trazer benefícios para os serviços de saúde e a comunidade.

Por conseguinte, para Corlett (2000), a formação e o exercício profissional necessitam estar imbricados, porque, por meio da articulação entre ensino e serviço é possível o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais.

Não obstante, Caetano, Diniz e Soares (2009) afirmam que, para os serviços de saúde as contribuições dessa integração se configuram em ações desenvolvidas junto aos usuários e pela possibilidade de capacitação dos profissionais por meio da educação continuada e educação permanente.

Enfim, os estudos de Flores e outro (2015) e Camara, Grosseman e Pinho (2015) falam de benefícios trazidos para o serviço de saúde nessa articulação e interação Universidade e serviços de saúde. Bonin (2011) e Puccini (2002) citam como benefícios a ampliação dos conhecimentos com a troca de informações; a melhoria da qualidade do cuidado, com um olhar abrangente do paciente e do processo de adoecer. Além da melhoria das condições de vida e a complementação das atividades desenvolvidas junto à comunidade, o que reflete na qualidade da atenção à saúde (CONCEIÇÃO et al., 2015).

Inclusive, o estudo "Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde" (RODRIGUES et al., 2012), refere que a vivência a partir da realização de ações junto à comunidade e à equipe, como oficinas, grupos, salas de espera e educação permanente, assim como a aproximação com a gestão municipal, contribuíram para a formação profissional, uma vez que os discentes passaram a atuar com autonomia e interdisciplinaridade, tendo em vista as necessidades da comunidade, as diferentes competências profissionais e as possibilidades do serviço de saúde.

O mesmo estudo enfatiza que a interação ensino-serviço-comunidade é fundamental para a formação de profissionais comprometidos com a proposta do SUS, proporcionando-lhes um contato direto com os problemas da população e instrumentalizando-os para intervir de forma eficaz, com ações coletivas por meio de uma educação preventiva em saúde pública.

Em conformidade com o estudo de Kuabara e outros (2014) as contribuições da integração ensino-serviço para a academia, serviços e comunidade, bem como as dificuldades e desafios, registrou-se que a maioria enfatiza as contribuições relacionadas à academia, as quais incluem a redução da dicotomia teoria e prática e a aproximação com os princípios do SUS, bem como do cotidiano do trabalho das equipes. Para o serviço foram destacados o desenvolvimento de ações e a capacitação dos profissionais por meio da educação continuada e educação permanente. Para a comunidade apresentam a ampliação dos espaços de intervenção e melhoria da qualidade do cuidado.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo tivemos a oportunidade de compreender e analisar a construção dos saberes e práticas da APS/ABS no contexto dos Cursos de Graduação em Enfermagem em duas IES públicas, uma no Brasil e outra na Colômbia.

A respeito da ressignificação do (s) sentido (s) e significado (s) da APS/ABS, encontramos convergências nas visões acadêmicas dos participantes, ao considerarem a Atenção Primaria à Saúde como o ponto de partida e a porta de entrada da população ao sistema de saúde no primeiro nível de atenção, articulado com o nível secundário e terciário, mediante um processo de referência e contrarreferência, tanto no Brasil quanto na Colômbia.

Considerando esse cenário, a APS/ABS possibilita o cuidado em Enfermagem/saúde através do desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doença, com o compromisso de responder à maioria das necessidades de saúde da população.

O Curso de Graduação no contexto da APS/ABS é compreendido pelos participantes como um sistema organizado para a abordagem do cuidado de Enfermagem no âmbito hospitalar e no âmbito da Atenção Primaria à Saúde, conseguindo articular o componente curricular segundo os ciclos de vida e com uma significativa incorporação dos conteúdos associados com a APS, desde o início do Curso, possibilitando desse modo, a formação generalista, crítica e reflexiva do discente, além, da realização de atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa dentro do cenário da AB, aperfeiçoando o seu proceder como profissional.

Mas, apesar da organização curricular dos Cursos de Graduação em Enfermagem valorizar as ações da APS/ABS, é visível que ainda existe uma influência forte da atenção hospitalar. Contudo, mesmo com várias mudanças curriculares é inegável a necessidade da sensibilização de todos como profissionais de saúde, docentes, discentes, instituições de ensino superior em saúde, e a efetividade das políticas de saúde e educação sob uma perspectiva mais crítica e ampliada do processo de saúde doença, considerando os determinantes sociais da saúde e os Sistemas de Saúde de ambos os países.

No decorrer da análise do processo de construção de saberes e práticas no contexto da APS/ABS dos Cursos de Graduação em Enfermagem da UEFS/ (Brasil) e da UPTC/ (Colômbia), no primeiro momento, essas construções se fundamentam na concepção da

Atenção Primária à Saúde é sistematizada a partir dos componentes curriculares do curso, permitindo assim, uma troca de saberes populares em saúde nas comunidades, o que poderá contribuir com a desconstrução hegemônica do modelo de saúde de cuidado das pessoas principalmente focado na doença.

Outrossim, essa desconstrução pode ser uma possibilidade efetiva para o desenvolvimento das atividades da APS/ABS mediante a construção de saberes e práticas que ao mesmo tempo permite a aquisição de competências e habilidades no discente, ampliando a sua capacidade de associação da teoria no cenário de prática, questão que lhe permite cumprir com o processo de trabalho da enfermeira nesse contexto.

Além disso, com a construção, a saúde-doença é concebida segundo os determinantes sociais da saúde e construída a partir da vivência e da concepção histórica, política e social dos sujeitos. Por conseguinte, o objeto de trabalho está focalizado no ser humano e na integralidade do cuidado, na esfera individual, familiar e comunitária.

Ao respeito dos cenários da prática/estágio, os cursos disponibilizam uma variedade de locais para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem nas Universidades como sala de aula e laboratórios e nas instituições e/ou serviços de saúde que formam parte da rede de atenção do SUS no Brasil e da ESE na Colômbia, considerados espaços privilegiados e preponderantes para o desenvolvimento da prática profissional desde o início do curso, utilizando-se de diversas estratégias/metodologias.

Dentre as principais estratégias/metodologias utilizadas pelo docente no processo ensino-aprendizagem estão representadas pelas aulas expositivas e provocativas com perguntas dirigidas, aulas invertidas, leituras científicas, rodas de conversas, seminários, palestras, entrevistas, questionários, portfolios, diários de campo, práticas de simulação, fichamentos de artigos científicos, estudos de caso, relatos de experiência, resumos críticos, filmes, relatórios, e visitas técnicas.

Nesse processo ensino aprendizagem é realizada a avaliação formativa com a finalidade de garantir o desenvolvimento das competências e habilidades do discente, além de constituir um instrumento de acompanhamento durante o processo ensino-aprendizagem. Concretamente, as atividades são avaliadas de maneira quantitativa mediante provas individuais escritas no modelo tradicional, seminários e a participação dos discentes na sala de aula. Posteriormente, é efetuada a avaliação adjudicada às práticas de Enfermagem e de

saúde, considerando o conhecimento científico, competências, habilidades, e aspectos subjetivos como pontualidade, aparência, resolubilidade, responsabilidade e ética.

Quanto à discussão sobre como se processa na prática o desenvolvimento das atividades da APS/ABS nos Cursos de Graduação em Enfermagem nas IES (Brasil/Colômbia) observamos que a prioridade das atividades práticas dos componentes curriculares recaem à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), iniciando com o levantamento de informação no serviço da AB, e a inserção do discente na comunidade, mediante as visitas domiciliárias, com a intenção de conhecer a realidade do sujeito, e compreender todo o processo de saúde-doença nesse contexto. Posteriormente, o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados, possibilita identificar as necessidades do sujeito e do serviço, e formular os diagnósticos de Enfermagem.

Uma vez formulados os diagnósticos, é realizado o planejamento das intervenções do cuidado de Enfermagem, especificando os resultados esperados e ações necessárias. Em seguida, a partir dessas informações, são implementadas as intervenções determinadas na etapa do planejamento, e finalmente são avaliadas com o objetivo de verificar a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Além do mais a metodologia da SAE é permeada por atividades gerenciais e outras atividades que complementam o processo de trabalho do discente na APS/ABS como a consulta de Enfermagem e as intervenções educativas individuais e coletivas para a promoção e manutenção da saúde e prevenção de doenças.

Outrossim, a tecnologia das relações é observada com afetividade, confiança e respeito criada entre o discente e o usuário durante o desenvolvimento das atividades práticas no contexto da APS/ABS, além da empatia e a compreensão pelo outro. Assim, os componentes éticos, políticos e técnicos das intervenções se fundamentam nas leis do exercício da profissão de Enfermagem e protocolos de procedimentos dos serviços de saúde dos cenários de prática no contexto da AB, inclusive, no Curso de graduação em Enfermagem/UPTC é aplicado o Consentimento Livre e Esclarecido ao usuário antes de realizar algum procedimento.

Mesmo com certos avanços, alguns limites/dificuldades também foram referidos para o desenvolvimento das atividades práticas dos componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem no contexto da APS/ABS como a fragilidade de saberes para o enfrentamento da prática por parte de alguns discentes; a terceirização dos serviços; a

discordância entre o ideal e a realidade do campo de prática; a falta de material para executar as atividades e procedimentos; a intensificação da jornada de trabalho; a falta de transporte e a valorização da queixa-conduta.

Consideramos que o processo de articulação academia-serviço-comunidade e sua consequente interação entre os sujeitos docentes/discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população no contexto da APS/ABS nos cenários de estudo, é "aparentemente positiva" fomentada desde a Universidade, mediante uma construção histórica e representada por tecnologias leves como o respeito, compromisso, e ética, que facilitam a valorização do trabalho desenvolvido pelos discentes, e a aceitação dos grupos envolvidos.

Além disso, essa articulação permite otimizar o atendimento com a divisão do trabalho, cumprir com as atividades planejadas, oferecer serviços de qualidade à população, estabelecer uma troca de saberes e experiências e fortalecer a produção científica, os projetos de extensão, a pesquisa e a participação no fórum da implementação de política pública.

Todavia as limitações dessa articulação estão relacionadas à oposição de alguns gestores da Secretaria Municipal de Saúde que acabam dificultando o desenvolvimento e continuidades dos projetos e as atividades.

Não obstante, em compensação, a conexão discente-usuário foi uma oportunidade de troca de conhecimentos durante o desenvolvimento das atividades práticas, destacando-se o atendimento de saúde às comunidades mais afastadas do serviço de saúde para brindar o cuidado. Contudo, é preciso visibilizar as atividades que as Universidades executam na comunidade, além de melhorar determinadas situações de estrangulamento através do diálogo.

Em resumo, o ensino da APS no contexto dos Cursos de Graduação em Enfermagem, nos cenários estudados, apesar dos avanços dos componentes curriculares correspondentes ao seu enfoque, como um todo, ou seja, na sua integralidade, há uma dicotomia entre saberes e práticas caracterizado no modelo clínico fortemente na doença.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S; et al. Práticas de cuidado: O papel do enfermeiro na Atenção Básica. **Revista Enfermagem UERJ,** Rio de Janeiro, v. 22, n 5, p. 637-42, 2014. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12338/12288

ALBUQUERQUE, V; et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/YSfdZCkkTd9KSvd8Vjmhsqn/?format=pdf&lang=pt

ALMEIDA, C; et al. A teoria em prática: interlocução ensino-serviço no contexto da atenção primária à saúde na formação do (a) enfermeiro (a). **Revista online de Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 5002-5009, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4645/pdf_1

ALMEIDA, G; et al. La Atención Primaria de Salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, 42: e104, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49471/v42e1042018.pdf?sequence=5&isAllowed=y

ALMEIDA, H.; FERREIRA FILHO, O. Educação permanente de docentes: Análise crítica de experiências não sistematizadas. **Revista Brasileira de Educação Médic**a, Brasília, v. 32, n. 2, p. 240 – 247, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/ztzkmbpgFzxcSSxWnXQKV3S/?lang=pt

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

ALMEIDA, M.; ROCHA J. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986. 127 p.

ALMEIDA, M.; ROCHA, S. (org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

ALMEIDA, M.; ROCHA, S. 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, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/FhrPV8gz3hmsNhtPmMfbpBN/abstract/?lang=pt

AMANCIO FILHO, A.; TELLES, J. 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.

ANDRADE, L.; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Revista Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.10, n.1/2/3, p. 54-63, 2019. Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281

ANDRADE, S.; BOEHS, A.; BOEHS, C. Percepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre a parceria ensino-serviço em unidades básicas de saúde. **Revista Interface,** Botucatu, v. 19, n. 54, p. 537-4 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/733SCXnGHNH9DLRJJfcR7vs/abstract/?lang=pt

ARANTES, C; et al. Cuidado coletivo na atenção primária em saúde: concepções de graduandos de Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 772-8, 2013. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12257

ARAÚJO, E; et al. Educação popular no processo de integração ensino serviço e comunidade: reflexões com base em experiências na extensão. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 4, p. 447-55, 2015. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1558

ARAÚJO, I. Aprendem doença, educam para a saúde. Influência da formação, em futuros profissionais de saúde, em concepções saúde/doença, educação para a saúde e sua implementação. 2004. Dissertação. (Mestrado em educação) - Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, 2004. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/2669

ARAÚJO, M. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: Prática profissional e construção da identidade. 2005. Disponível em: www.Adufpb.org,br/publica/conceitos/11/art 4. pdf. Acesso em 12/09/2007.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERÍA (ACOFAEN). Lineamentos para la Formación en Promoción de la Salud en las Facultades de Enfermería. Bogotá: Ricmel Impresores. 2014.

ASSIS, E. Manual de Pesquisa Qualitativa. Belo Horizonte: Grupo Ănima Educação, 2014.

ASSIS, M.; JORGE, M. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Org.). Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, Ba: UEFS Editora, 2010, p. 139-159.

AVEJONAS, D.; ESTEVAM, S.; COUTO, M. Organização do sistema de referência e contrarreferência de uma clínica-escola fonoaudiológica. **Revista CoDAS**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 273-8, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/codas/a/T3hFhnksZMY3kcwQBPC48Zn/?lang=pt

BACKE, D; et al. Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. **Escola Ana Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 597-602, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/H85BwhcLqFrSkQ8KR9zhNBP/?lang=pt

BACKES, D; et al. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 421-6, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/FjpT4dbTBrQNRcDLXbTMTKz/abstract/?lang=pt

BAHIA. Bahia História - Resumo Informações Turismo. Bahia, 2015.

BAHIA. Secretaria da Educação do Estado da Bahia. Bahia, Brasil, 2018.

BALDASSARE, R.; CIAMPONE, M. A construção de competências para o gerenciamento em enfermagem: a percepção dos alunos do sétimo e oitavo semestres de graduação em enfermagem. **Revista Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 35, p. 47-54, 2007. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-471464

BANCHÓN, Y. La ecología de saberes en los procesos de enseñanza-aprendizaje de estudiantes de séptimo grado, escuela de educación básica "Víctor Emilio Estrada", Cantón Playas, Provincia del Guayas, período lectivo 2016-2017. 2017. Tesis. (Licenciatura en Educación Básica)- Carrera de Educación Básica de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2017. Disponível em: https://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/handle/46000/4196?locale-attribute=es

BANCO MUNDIAL. Salud. Documento de política sectorial. Washington, D.C., 1975.

BARATIERI, T.; MARCON, S. Longitudinality of care in nurses' practice: identifying the difficulties and perspectives of change. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-57. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/9f4XnwPdFPqxmcTwjxHfkyQ/?lang=en

BARBOSA, L.; MELO, M. Relação entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 78-84, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/Vf6GQvFrchgq4dJP6PmHy3D/abstract/?lang=pt

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Edição 70. São Paulo: Revista e Ampliada; 2011.

BARLEM, J; et al. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 347-363, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/83tKjhBzPkmMwkGwx5NXkjn/?lang=pt

BARRIOS, O.; SAGASTUY, B. De Salud para Todos a Salud Universal: Cómo concretar el derecho a la protección a la salud. **Revista Salud Problema**, México, v. 11, n. especial, p.

47-66, 2017. Disponível em: https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/583

BENITO, G; et al. Desenvolvimento de competencias gerais durante o estagio supervisionado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 172-8, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/666nz3qZRSPVxQTCVK9yc7c/?lang=pt

BERNARDINO, E.; FELLI, V.; PERES, A. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. **Revista Cogitare Enfermagem,** Curitiba, v. 15, n. 2, p. 349-353, 2010. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17875/11665

BETONY, K.; YARWOOD. J. What exposure do student nurses have to primary health care and community nursing during the New Zealand undergraduate Bachelor of Nursing programme? **Journal Nurse Education Today**, New York, v. 33, n. 10, p.136-42, 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23375697/

BEZERRA, I.; SORPRESO, I. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-16, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

BONIN, J; et al. Liga acadêmica de medicina de família e comunidade: instrumento de complementação curricular. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 50-7, 2011. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14623

BOYLE, H. J. Patient advocacy in the perioperative setting. **AORN Journal**, Denver, v. 82, n. 2, p. 250–62, 2005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16153052/

BRAGA, D; et al. Resolutividade da Atenção Básica no município de Água Doce, Santa Catarina. Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis, v. 42, n. 2, p. 70–74, 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Lei do Estágio. Brasília, 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968; Normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Brasília, 1968.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, 1990b.

BRASIL. Congresso Nacional. LEI Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasil, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001; Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde-CONASS. Atenção Primária e promoção da saúde: Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

BRASIL. Geografia de Brasil Bahia. Bahia, Brasil, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 06 de abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de abril de 2009, Seção 1, p. 27.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer nº: CNE/CES 1.133/2001. Diário Oficial da União. Brasília, 03 out. 2001. Seção 1E, p. 131.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE nº 776, de 3 de dezembro de 1997. Trata das orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, DF: CNE; 1997a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer 776/97. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Documenta, n. 435, 1997b.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº. 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa o currículo mínimo dos cursos de enfermagem. Diário Oficial da União, 16 dez. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde;1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2013. 70 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2013. 70 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. 114p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasilia, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1, p.71-76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 110 p. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério de Saúde. SUS Princípios e conquistas. Brasília, 2000.

BRAVERMAN, H. Trabalho e capital monopolista – a degradação do trabalho no século XX. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.

BRITO, M. Formação do enfermeiro para a Atenção Básica: Análise da orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica a partir de um curso de graduação. 2014. Dissertação. (Mestrado em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Sobral, Ceará, 2014. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/26401

BRITO, M. Formação do Enfermeiro para a Atenção Básica: Um olhar sobre o conhecimento produzido. **Revista SANARE**, Sobral, v.16 n. 02, p.93-102, 2017. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1183/0

BRYANT-LUKOSIUS, D; et al. Enfermería con práctica avanzada: una estrategia para lograr la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n [s.n.] p. 28-26, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/LsdQZykj93tLMgJWnSZ9fRr/abstract/?lang=es

BURGATTI, J.; LEONELLO, V.; BRACIALLI, A.; OLIVIERIA, M. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasilia, v. 66, n. 2, p. 282-6, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/QXTHVdk5Mg8McVPLDTgY5tn/?lang=pt

CAÇADOR, B; et al. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 19, n. 3, p. 612-26, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283536361_Being_a_nurse_in_the_family_health_strategy_programme_challenges_and_possibilities

CAETANO, J.; DINIZ, R.; SOARES, E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.14, n. 4, p. 638-44, 2009. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16376/10857

CAMARA, A.; GROSSEMAN, S.; PINHO, D. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Revista Interface**, Botucatu,19 (Suppl 1): 817-829, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/b7pJcqdhKJdvKrBB3Y7mhWw/abstract/?lang=pt

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

CAMPOS, G. A construção de vínculo, o responsabilzar-se pela saúde da população de uma micro-região, e o encarregar-se de casos singulares. Capítulo do livro Saúde Paideia, São Paulo, huciec, 2003.

CARÁCIO, F; et al. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2133-2142, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/DTVfcYC9WdDZBYLsq4TY3DS/abstract/?lang=pt

CÁRDENAS, N. Significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia. 2018. Tesis (Magister en Enfermería)- Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, 2018. Disponível em: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/12774

CARRER, A.; et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil**. Revista Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2849-60, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/JrfFfs8TJRmzbJctsyTp69j/abstract/?lang=pt

CARVALHO, E.; CARVALHO, L. Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 793-798, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/6VZV8cWCfVMzkWsGYQvvYwq/?lang=pt

CARVALHO, S. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-78, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YSfK7rjp8Jdjd6fhVQnSzcp/abstract/?lang=pt

CARVALHO, S.; DUARTE, L.; GUERRERO, J. Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 123-144, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/YgGzcNQkfSdVqyYKwSyVGyk/abstract/?lang=pt

CARVALHO, V. Globalización y competitividad: contexto desafiante para la formación de enfermería. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 171-9, 2011. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127718940023

CASTILLO, M.; ROJAS, A. Proceso enfermero de tercera generación. **Revista Enfermería Universitaria**, España, v. 13, n. 2, p. 124-129, 2016. Disponível em: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706316000270

CAVALCANTE, R.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Revista Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n.1, p. 13-18, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/10000/10871

CAVALCANTI, M. Comentários sobre a Estratégia de Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamman. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14

(Supl 1), 1336-1345, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/GzH7vLJvLWhc9W48LbfHcst/?lang=pt

CECCIM, R.; FEUERWERKER L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-10, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/hZLwpVCM8N4ySDF5BNkKcgD/abstract/?lang=pt

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 309-311, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/GbftDk9Js3hTcLqtSbw6qNP/?format=pdf&lang=pt

COELHO, M. Formação do enfermeiro para a Atenção Básica: Análise da orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica a partir de um curso de graduação 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2014. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/26401

COLLIERE, M. Promover la Vida. Madrid: McGraw-Hill. Editor. 2009.

COLOMBIA. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN). Lineamientos para la Formación en Promoción de la Salud en las Facultades de Enfermería. Bogotá, 2014.

COLOMBIA. Congreso de Colombia. Ley 152 de 15 de julio de 1994. Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. Bogotá, 1994.

COLOMBIA. Congreso de Colombia. Ley 266 de enero 25 de 1996.Reglamenta de la profesión de Enfermería en Colombia. Santafé de Bogotá, D.C, 1996.

COLOMBIA. Congreso de Colombia. Ley 30 de diciembre 28 de 1992. Servicio Público de la Educación Superior. Santafé de Bogotá, D. C, 1992.

COLOMBIA. Congreso de Colombia. Ley 911 del 5 de octubre del 2004. Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Botogá, 2004.

COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. Bogotá, 1993.

COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Bogotá, 2011.

COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Bogotá, 2015.

COLOMBIA. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 2566 del 10 de septiembre de 2003. Condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior. Bogotá D.C, 2003.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá, 2016.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021. Bogotá, 2013.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de febrero 17 de 2016. Política de Atención Integral en Salud. Santafé de Bogotá, D.C, 2016.

COLUSSI, C.; PEREIRA, K. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica. Universidade Federal de Santa Catarina. Pereira. - Florianópolis: UFSC, 2016.

CONCEIÇÃO, M; et al. Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). **Revista Interface** Botucatu, v. 19, (Suppl 1), p. 845-55, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/Wht4sSKJWWB4DptsPyP7JmJ/abstract/?lang=pt

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem, 2007.

CORBELLINI, V; et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasilia, v. 63, n. 4, p. 555-60. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/7hZWYKHqpX9nFQ3SPKy3qzC/?lang=pt&format=pdf

CORLETT, J. The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. **Nurse Education Today – Journal**, v. 20, n. 6, p. 499-505, 2000. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10959139/

COSTA, J; et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gXKyw3Jsx4RsTvrLdGwBCsp/abstract/?lang=pt

COSTA, L.; GERMANO, R. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 706-10, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/qSTH8hqLSLcnKvK4mQkmpkz/abstract/?lang=pt

COSTA, M.; IANNI, A. O conceito de cidadania. In: Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea: uma análise teórica. São Bernardo do Campo, SP: Editora UFABC, 2018, pp. 43-73.

COSTA, R; et al. O legado de Florence Nightingale: Uma viagem no tempo. **Revista Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-9, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/ntxb8WhXpNLpn4DC9ZQv8Pd/?lang=pt

CUBAS, M. Desafios para a enfermagem no alcance das metas da Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1758-1762, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tXgnqhB5JSvnJD4bNFgG7Sg/?lang=pt

CUNHA, M. I. Docência na universidade, cultura e avaliação institucional: saberes silenciados em questão. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 258-271, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbedu/a/DXcxqSxXBNRv7P4cX7QDBnb/?format=pdf&lang=pt

CYRINO, E.; TORALLES-PEREIRA, M. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-8, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/mrrzr85SM93thZzwGFBm56q/?lang=pt

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009; p.207-229.

DAMASCENO, R.; SILVA, P. Competência cultural na Atenção Primária: algumas considerações. **Journal of Management and Primary Health Care**, Minas Gerais, v. 9: e11, 2018. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/435/733

DANTAS, M. Educação em saúde na Atenção básica: Sujeito, diálogo, intersubjetividade (tese). Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

DEMO, P. Conhecer & aprender: Sabedoria dos limites e desafios. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

DIAS, D.; STOLZ, P. Projeto de extensão "Vivências para acadêmicos de enfermagem no Sistema Único de Saúde" na perspectiva do acadêmico. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 2, n .2. p. 440-5, 2012. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3463

DIAS, H. A implementação da política de reorientação da formação em odontologia: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA. 2011, 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública; Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24467

DIOS GUERRA, C; et al. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de enfermería en centros de salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. **Revista Enfermería Global,** Murcia, v.12, n.31, p.162-176, 2013. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300010

DONOSO, M.; DONOSO, M. O cuidado e a Enfermagem em um contexto histórico. **Revista de Enfermagem da UFJF**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 51-55, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/3841/1596

DUTRA, C.; SOARES, M.; MEINCKE.; S, MATOS, G. Processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10 (Supl. 3), p. 1523-34, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11094/12549

EMMI, D.; PIRES, M. Acolhimento e educação em saúde na sala de espera. **Revista de Atenção à Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 48, p. 62-67, 2016. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3643

ERDMANN, A; et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-491, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/ntkshRXvNwBZHrHWPGG3yth/?lang=pt

FACOLLI, L.; CASTRO, D. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **Revista o Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 427-432, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/competencia_enfermeiro_atencao_basica_foco.pdf

FEIRA DE SANTANA. Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Estadual de Feira de Santana. RESOLUÇÃO CONSEPE Nº 155/2010. Reestruturação Curricular do Curso de Enfermagem. Feira de Santana, 2010.

FEIRA DE SANTANA. Município de Feira de Santana. Bahia, Brasil, 2016.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal de Feira de Santana. Lei nº 3651, de 16 de dezembro de 2016. Plano Municipal de Educação. Feira de Santana, 2016.

FEIRA DE SANTANA. Projeto Político Pedagógico Curso Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana, 2017.

FELIX, A.; MAIA, F.; SOARES, R. Atenção Primária à Saúde e Educação em Enfermagem no Brasil. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 10, n. 6, p. 175-181, 2019. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2779

FERNANDES, G.; VAZ, M. Processo de avaliação humanizado e participativo nos estágios supervisionados de enfermagem. **Revista Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.

8, n.1, p.106-121, 1999. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/80773

FERNANDES, J. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo v. 39, n. 4, p. 443-9, 2005. Disponível em: http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/66.pdf

FERREIRA, M. Metodologia Científica: Um manual para a realização de pesquisas em administração. Catalão: Universidade Federal de Goiás, 2011.

FERREIRA, R.; FIORINI, V.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 207-15, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/zXMqFTpHvKhbzwS8TM9BMPm/abstract/?lang=pt

FERREIRA, S.; PÉRICO, L.; DIAS, V. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primaria a Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, (supl1):752-7, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?format=pdf&lang=pt

FERREIRA, S.; PÉRICO, L.; DIAS, V. Princípios para o trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. In: FERREIRA, S. R. S. F.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

FERREIRA, V. As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí. 2012. 100 f. (Dissertação)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_d7f9be076262374abe843127e9bc95c6

FERREIRA, V.; LOPES, M. Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, 7(esp): 5834-6, 2013. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11867/14313

FERTONANI, HP. O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores de saúde do PSF de uma unidade de saúde. 2003. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/84498

FIGUEIREDO, P; et el. A saúde sob a perspectiva da cidadania. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 275-282, 2009. Disponível em: http://repositorio.furg.br/handle/1/4580

FILIPIN, R.; ILHA, S.; STEIN, D. Percepção de docentes e discentes de Enfermagem sobre cuidado integral: estudo descritivo-exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio

de Janeiro, v. 14, p. 443-446, 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3614/361444012028.pdf

FILIPOUSKI, A; et al. Referenciais curriculares do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria da Educação, 2009, p. 51-123.

FLORES, L; et al. Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. **Revista Interface** Botucatu, 19 (Suppl 1): 923-930, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/tJffFCyVs9vngbCR4rwGc9m/abstract/?lang=pt

FLOREZ, I. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Prevención del Cáncer de Seno en las Estudiantes del Programa de Enfermería. Universidad de Boyacá - Colombia. 2015.Tesis (Especialización en Epidemiología) -Universidad de Boyacá, Tunja, 2015.

FLOREZ, I. Factores de riesgo biológico y conductuales asociados al Cáncer de Cuello Uterino. Estudiantes de Enfermería ULA. 2012. Tesis (Maestría en Salud Pública) - Universidad de los Andes, Mérida, 2013.

FLOREZ, I. Implementar Alianzas Estratégicas para el Desarrollo de Programas de Educación para la Salud, entre la Escuela de Enfermería ULA y la Cruz Roja Seccional Mérida. Proyecto (Curso de Formación de Agentes de Atención Primaria en Salud) Cruz Roja Venezolana Dirección Nacional de Salud y Bienestar Social. Mérida, 2009.

FONTES, A. Uma Aventura Universitária no Sertão Baiano. 1. ed. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. v. 1. 449 p.

FORTE, F; et al. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Interface**, Botucatu, 19 Supl 1:831-43, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/qFnwCDm6kbvWCbKLsLhbdRR/abstract/?lang=pt

FORTUNA, V. A relação teoria e prática na educação em Freire. **Revista Brasileira de Ensino Superior – REBES**, Passo Fundo, v. 1, n. 2, p. 64-72, 2015. Disponível em: https://seer.imed.edu.br/index.php/REBES/article/view/1056

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Brasil: Graal. 1984.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001, 116p.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 53. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 59a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

FRISON, L. Tutoria entre estudantes: uma proposta de trabalho que prioriza a aprendizagem. **Revista Portuguesa de Educação**, Portugal, v. 25, n. 2, p. 217–240, 2012. Disponível em: https://revistas.rcaap.pt/rpe/article/view/3008

GAETA, C.; MASETTO, M. Metodologias Ativas e o Processo de Aprendizagem na Perspectiva da Inovação. PBL 2010. Congresso Internacional. São Paulo, 2010.

GALLEGUILLOS, T.; OLIVEIRA, M. 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, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/RRB45WdzWyTHRJjNGkN8scs/?lang=pt&format=pdf

GARCIA, C. Aprendendo a atuar em Atenção Básica de Saúde: Contribuições do estágio curricular em Enfermagem. 2009. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/9557

GARCIA, C.; FAGUNDES, N. Estágio curricular na atenção básica: experiências e aprendizados. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 22, n. 1, 2, 3, p. 11-22, 2008. Disponível em: https://rigs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4982/0

GARCÍA, J. La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social. **Organización Panamericana de la Salud**, Washington, D.C., v. 11, n. 17/18, p. 809, 1977.

GASSEN, K.; CARVALHO, C.; GOES, C. A profissão de Enfermagem: uma análise histórica de seus avanços e desafios atuais no Brasil. **Revista de Saúde Dom Alberto**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 1, p. 14-28, 2013. Disponível em: https://domalberto.edu.br/wp-content/uploads/sites/4/2017/06/A-Profiss%C3%A3o-de-Enfermagem-uma-An%C3%A1lise-Hist%C3%B3rica-de-seus-Avan%C3%A7os-e-Desafios-Atuais-no-Brasil.pdf

GEMIGNANI, E. Formação de professores e metodologias ativas de ensino-aprendizagem: ensinar para a compreensão. **Revista Fronteira da Educação**, Recife, v. 1, n. 2, p. 1-27, 2012. Disponível em: https://www.uniavan.edu.br/uploads/arquivo/K2t3kZ.pdf

GERMANO, R. Breve Histórico do Ensino de Enfermagem no Brasil. In: Em Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez Editora. 1983.

GIL, C. Métodos e técnicas de pesquisa social. (6. Ed). São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C; et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 230-239, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/GqMvpdcpgGYfmfVLj8SKvxb/abstract/?lang=pt

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/250027014_Atencao_Primaria_a_Saude_seletiva_ou_abrangente

Giovanella, L.; Mendonça, M. Atenção Primária à Saúde. Livro Políticas e sistema de saúde no Brasil. Capitulo-16.pmd, 2009.

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ. Localización Departamento de Boyacá División Política. Boyacá, Colombia, 2017.

GOBIERNO DE ESPAÑA. Ministerio de Asuntos Exteriores de Cooperación Oficina de Información Diplomática. República de Colombia. Madrid, España, 2017.

GODOY, C.; SOUZA, N. Dificuldades e facilidades vividas pelos docentes no processo de implantação do currículo integrado no curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 22, n. 1, p. 33-38, 2001. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/Dificuldades-e-facilidades-vividas-pelos-docentes-Godoy-Souza/708d1ce5f58799001feb505392726bc71f7cfe8b

GONÇALVES, M. Organização e Funcionamento do SUS. Florianópolis Departamento de Ciências da Administração / UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2014.

GONÇALVES, R. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1994. 278 p.

GONDIM, F. Percepção dos acadêmicos de Enfermagem acerca de sua formação no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). 2010. Monografia. Cajazeiras(PB): Faculdade Santa Maria; 2010.

GONDIM, G. Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes? 2011. 256 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17935

GONDIM, S. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 299-309, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/epsic/a/qY3vsNBv5N4PWF3LQT3Twsz/abstract/?lang=pt

GOUVEIA, G; et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n.3, p. 281-96, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Sh9YjfrR8M4GqFY6cBHVywh/?lang=pt

GRILLO, M.; et al. A formação do enfermeiro e a necessidade de consolidação do Sistema Nacional de Saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Minas Gerais, v. 2, n 02, p.

57-68, 2013. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/402

GUEVARA, B; et al. El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. **Revista Enfermería Global**, Murcia, v.13, n.33, p. 318-327, 2014. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000100016&script=sci_arttext&tlng=en

GUSSI, M.; DYTZ, J. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasilia, v. 61, n. 3, p. 377-84, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/QJbtmR7J85qZBqfNb5nF9gJ/abstract/?lang=pt

HEIMANN, L; et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2877-87, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/xktZcsW99DvJvcdPtWBR7dS/abstract/?lang=pt

INSTITUTE OF MEDICINE. Defining primary care: na interim report. Washington, The National Academies Press, 1994.

KAISER, D.; SERBIM, A. Diretrizes curriculares nacionais: percepções de acadêmicos sobre a sua formação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 633-40, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/bs3pgswzGRhFLFfR4f7mfRy/?lang=pt

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

KAWATA L; et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: Construindo competência para o cuidado. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n.4, p. 961-70, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/MXngj8zKXvLNqRGDC4bWvww/?format=pdf&lang=pt

KHALAF, D; et al. Integração ensino-serviço sob a percepção dos seus protagonistas. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 9, e9, p. 1-20, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/31464

KIRCHHOF, A. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/fdW4yBHcWxF6gtJjQ8yzthC/?lang=pt&format=pdf

KLETEMBERG, D.; SIQUEIRA, M. A criação do ensino de Enfermagem no Brasil. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 61-67, 2003. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1695

KUABARA, C; et al. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 195-201, 2014. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n1a15.pdf

LALUNA, M.; FERRAZ, C. Finalidades e função da avaliação na formação de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 641-645, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/4QKDcDBd9hsdvM9yvpFtmpv/abstract/?lang=pt

LAPÃO, L.; PISCO, L. A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. Sup 2: e00042418, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/kdDjNvBYzkqyvSzVpkjynBJ/?lang=pt

LAVRAS C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-74, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?lang=pt

LEAL, J.; MELO, C. Processo de trabalho da enfermeira.- 1.ed.- Curitiba: Apris, 2021. 151p.

LEONELLO, V.; MIRANDA, M.; CAMPOS, M. A formação superior de Enfermagem no Brasil: uma visão histórica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1774-9, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9GyNX65VTNf4q6BhVDMWHjQ/?lang=pt&format=pdf

LEOPARDI, M.; GELBECKE, F.; RAMOS, F. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da Enfermagem. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, 2001. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/Cuidado%3A-objeto-de-trabalho-ou-objeto-da-enfermagem-Leopardi-Gelbcke/6c6c3aeda2b27a89d8a232598cc064497e52d488

LIKE, R.; STEINER, R.; RUBEL, A. Recommended core curriculum guidelines on culturally sensitive and competent health care. **Journal Family Medicine**, Leawood, v. 28, n. 4, p. 291-7, 1996. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8728526/

LIMA, M. Ensino de Enfermagem: Retrospectiva, situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v, 47, n.3, p. 270-277, 1994. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/h8hkht6xXYkfv9gvMhrwsNb/?lang=pt&format=pdf

LIMA, P.; ROZENDO, C. Challenges and opportunities in the Pró-PET-Health preceptorship. **Revista Interface – Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, Supl. 1, p. 779-91, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/7SgnzRWWpdJpc8nSpxNjsZL/abstract/?lang=pt

LIMA, R.A.G. A enfermagem na assistência à criança com câncer. Goiânia: AB; 1995.

LIMA, R; et al. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 5, p. 63-7, 2005. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5015/3791

LUCENA, A.; PASKULIN, L.; SOUZA, M.; GUTIÉRREZ, M. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 292-8, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/RYW5kk3stLFCnSQVNRm7J7m/abstract/?lang=pt

MACÁRIO, L.; PEREIRA, S. Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra. [s.v] n. 2, p.181-189, 2010. Disponível em: http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-181.pdf

MACHADO, M.; VIEIRA, A.; OLIVEIRA, E. Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadoras. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 294-321, 2015.

MACHADO, M; et al. Reflexões e significados sobre competências docentes no ensino médico. **Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v.22, n.1, p 85-104, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/aval/a/6bYkBNbfSVGwNCGr36Sfjtr/abstract/?lang=pt

MACHADO, M; et.al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/?lang=pt

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Revista Saúde em Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 18-37, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt&stop=previous&format=html

MADRUGA, L; et al. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Revista Interface**, Botucatu, 19 (Suppl 1): 805-816, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/znkXWjTnnTBtYP53QNvY3CS/abstract/?lang=pt

MAEYAMA, M.; DOLNY, L.; KNOLL, N. Atenção Básica à Saúde: aproximando teoria e prática. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2018.

MAGNAGO, C. A formação do enfermeiro e a ampliação do escopo de prática na Atenção Básica no Brasil. 2017. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) -Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-5176

MALPICA, D. Enfermería según la perspectiva deconstructivista de Derrida. **Revista de la Facultad de Medicina**, Bogotá D.C., 2019 v. 67, n. 1, p. 91-6, 2019. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7208966

MARAÑÓN, A.; PERA, M. Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study. **Nurse Education Today**, New York, v. 35, n .7, p. 859-63, 2015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691715001318

MARCHIORO, D.; et al. Estágio curricular supervisionado: relato dos desafios encontrados pelos (as) estudantes. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 21, n. 2, p. 119-122, 2017. Disponível em: https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5912/3460

MARIN, M; et al. Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 501-508, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/WyFmsqYRLr5rfpRn9JSTH8F/?lang=pt

MARINHO-ARAUJO, C.; ALMEIDA, L. Abordagem de competências, desenvolvimento humano e educação superior. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32 n. esp., p. 1-10, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/a/XpJ5LQbmPjGfSPNcr4rLXzN/abstract/?lang=pt

MARRAN, AL.; LIMA, P.; BAGNATO, M. As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. **Revista Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro,v. 13, n. 1, p. 89- 108, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/D4pfhKkMdRvFKbgsLgt6sDH/?lang=pt&format=pdf

MARTINS, H. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ep/a/4jbGxKMDjKq79VqwQ6t6Ppp/?format=pdf&lang=pt

MARTINS, R. Metodologia de pesquisa: guia de estudos. Lavras: CEAD 2013.

MARX K. O Capital. 25ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MARX K. O capital. 3a ed. São Paulo: Edipro; 2012.

MARX, K.; ENGELS, F. A ideologia alemã. São Paulo: Bomtempo, 2007.

MASETTO, M. Inovação curricular no ensino superior. **Revista e-curriculum**, São Paulo, v.7 n.2, p. 2-20, 2011. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/6852/4966

MATTIA, B.; KLEBA, M.; PRADO, M. Nursing training and professional practice: an integrative review of literature. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasilía, v. 71, n. 4, p.

2039-49, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/HrRmdtYWLW6cQbBPR7WJznp/abstract/?lang=en

MATUMOTO, S; et al. Nurses'clinical practice in primary care: a process underconstruction. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-30. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/cMqtYP4XYqDCyDw94qD4Bhb/?lang=en

MATUMOTO, S; et al. Production of nursing care in primary health care services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 710-7, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/R8rDmYmGLrjH9BKc4wCxs3m/?lang=en

MAYA, A. Tendencias internacionales del cuidado de Enfermería. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, Colombia, v. 29, n. 2, p. 1436, 2011. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222400012.pdf

MEDEIROS, V.; PERES, A. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica à Saúde. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20 [s.n], p. 27-35, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/L6syXWYdYvZZZbjZdMqsYTJ/?format=pdf&lang=pt

MEIRA, M.; KURCGANT, P. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 16-22, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/BbJ5jsW9DNhrDR6mVX4jd3f/?format=pdf&lang=pt

MELO, D.; CRISCUOLO, M.; VIEGAS, S. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 4986-4995, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4402

MELO, M.; QUELUCI, G.; GOUVÊA, M. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 706-14, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033340019_2.pdf

MENDES, F; et al. Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre assistência hospitalar e atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 343-350, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/bg5WfVqHh39KFFnKMSw7jrH/?lang=pt

MENDES, T; et al. Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 29: e20180333, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/KPQcPtFGXrLt4vJk76WBXrr/?format=pdf&lang=pt

MENDES, T; et al. Interação ensino-serviço-comunidade no Brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 4, n. 1, p. 98-116, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/14283

MENDES-GONÇALVES, R. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: AYRES, José R. C. M.; SANTOS, Liliana (orgs.). Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves: saúde,sociedade e história. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Editora da Rede Unida, 2017. p. 298-374. (Saúde em Debate).

MENDES-GONÇALVES, R. Práticas de Saúde: Processos de trabalho e necessidades. São Paulo, Centro de Formação dos trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. Cadernos CEFOR 1. 1992.

MENDES-GONÇALVES, R. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

MERHY, E. Saúde – a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E.; FEUERWERKE, R.; GOMES, M. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, organizador. Semiótica, Afecção & Cuidado em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.

MESQUITA, S; et al. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 473-486, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/67fhD4dQWCTWVPqYqBQxtQj/abstract/?lang=pt

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MIRA, Q.; BARRETO, R.; VASCONCELOS, M. Impacto do Pet-Saúde na formação profissional: Uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 2, p. 514-531, 2017. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1682

MITRE, S; et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, suppl.2,

pp.2133-2144, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/9M86Ktp3vpHgMxWTZXScRKS/?lang=pt

MONTENEGRO, L. A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde. 2010. Tese (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/655M.PDF

MONTENEGRO. L.; BRITO, M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação do enfermeiro em atendimento primário à saúde. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, Antioquia, v. 29, n. 2, p. 238-47, 2011. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222400009

MONTERO, Y; et al. Estrategia educativa para el desarrollo de las relaciones interpersonales como habilidad para la vida. **Revista científico – educacional de la provincia Granma**, Cuba, v. 11, p. 17-27, 2015. Disponível em: https://revistas.udg.co.cu/index.php/roca/article/view/1623/2889

MORA, A. La Enfermería en Colombia. Análisis Sociohistórico. Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería. Lisboa, 2009. Disponível em: http://www.here.abennacional.org.br/here/n2vol1ano1_artigo4.pdf

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf

MORAIS, F; et al. A reorientação do ensino e da prática em enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/dvYHzZNSsgzCW5Q5QX9mqmy/abstract/?lang=pt

MORÉ, C. A "entrevista em profundidade" ou "semiestruturada", no contexto da saúde. **Revista Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, Portugal, v. 3, 2015. Disponível em: https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154

MOREIRA, T.; SILVA, L. Relação ensino-serviço no âmbito da Atenção Primária à Saúde: o olhar dos atores do processo de formação de enfermeiros. Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. 2013.

MORSE, J; et al. Concepts of caring and caring as a concept. **Journal Advances in Nursing Science**, Philadelphia, v. 13, n. 1, p. 1-14, 1990. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2122796/

MUNIZ, M.; TAVARES, C. O Compromisso Social da Enfermagem retratado na Revista Brasileira de Enfermagem – como vê e como expressa. História de Enfermagem. **Revista**

Eletrônica – Here, Brasília, v. 2, n. 2, p. 160-175, 2011. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028946

NAMURA, M. Por qué Vygotsky se centra no sentido: Uma breve incursão pela história do sentido na psicologia. **Revista Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 19, p. 91-117, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n19/n19a06.pdf

NAUDERER, T.; LIMA, M. Nurses' practices at health basic units in a city in the south of Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 889-94, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/fvrXVw79rrdhxWgLn7ypM9n/?lang=en

NETTO, L.; SILVA, K.; RUA, M. Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1:e20170309, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/4PmZBWVqVGydRV7xpKtGCNP/?lang=pt&format=pdf

NORO, L.; TORQUATO, SMT. Visita Domiciliar: Estratégia de aproximação à realidade social?. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 145-157, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/NMzP98x9cc5BrHKQQYz3SyS/?format=pdf&lang=pt

NUNES, N; et al. Educação baseada em competências na enfermagem. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 6, n. 3, p. 447-63, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/6055/6922

NUNES, S; et al. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, nº 2, p. 210- 216, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/MXSjFxbqJ79fnyz587Pt99n/abstract/?lang=pt

OGUISSO T. Florence Nightingale. In: Trajetória Histórica e Legal da Enfermagem. São Paulo, Manole; 2005. p.59-97.

OLIVEIRA M; et al. O profissional enfermeiro e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas, (RS), v. 1, n. 1, p.184-189, 2011. Disponível em: file:///D:/USUARIO%20PERSONAL/Downloads/3422-7550-1-PB%20(1).pdf

OLIVEIRA, A.; PEREIRA, M.; LIMA, L. Trabalho, produtivismo e adoecimento dos docentes nas universidades públicas brasileiras. **Revista Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 609-19, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pee/a/V3Twyq9cC536hK6PyGqhQBQ/?lang=pt&format=pdf

OLIVEIRA, C. Dimensão regional da universidade pública: estratégias de expansão do ensino de graduação na Universidade Estadual de Feira de Santana. 2014. Tese (Doutorado) - UNIFACS, Salvador, 2014.

OLIVEIRA, J.; RECKZIEGEL, J. Assistência e gerenciamento de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde: uma revisão da literatura. 2016. Disponível em: http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Jociane-Farias-de-Oliveira.pdf

OLIVEIRA, J.; SUTO, C.; SILVA, R. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na Atenção Básica. **Revista Saúde. com,** Vitória da Conquista, v. 12, n. 3, p. 613-621, 2016. Disponível em: https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/425

OLIVEIRA, L.; DE CÁSSIA, A. La asistencia de enfermería en el período de recuperación anestésica: Revisión de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 34–42, 2003. Disponível em: https://core.ac.uk/display/26994243

OLIVEIRA, M.; LIMA, T.; BALUTA, V. A formação do profissional enfermeiro, no contexto das reformas de ensino no Brasil. **Revista Grifos**, Chapecó, v. 23, n. 36/37, p. 161-186, 2014. Disponível em: https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/grifos/article/view/2784

OLIVEIRA, S; et al. Percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre sua preparação para a atenção básica: teoria e prática. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 6, n. 1, p. 55-61, 2012. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/7060/6313

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La atención primaria de salud más necesaria que nunca: Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS (UNICEF). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (Alma-Ata, URSS), 1978.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage. 2019 MONITORING REPORT. Washington, D.C., 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermería y salud de la comunidad. Serie de Informes Técnicos 558. Ginebra, 1974.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Enseñanza de la Atención Primaria en Salud en las Escuelas de Enfermería del Cono Sur.Serie Recursos Humanos para la Salud, nº 49. Washington, D.C, 2007b.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). La toma de posición en enfermería. Informe de un Grupo de Estudio en Ciencias de la Salud. Washington, D.C., 1978.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Manual para el Diseño de Proyectos de Salud: Manual, Washington, D.C, 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Plan Decenal de Salud para las Américas. Documento Oficial No. 118. Washington, D.C., 1973.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Servicios de Salud: Servicios Complementarios--Enfermaría. Washington, D.C., 1972.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de posición. Washington, D.C: OPS, 2007a.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Atención primaria en salud.Washington, D.C 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Formación en Enfermería con Énfasis en la Atención Primaria en Salud, Experiencias en los países el Cono Sur.Documento. Washington, D.C: OPS/OMS, 2011.

ORTEGA, M; et al. "Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. " **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v, 23. n. 3, p. 404-10, 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281442223007

PADOVANI, O.; CORRÊA, A. Currículo e formação do enfermeiro: Desafios das universidades na atualidade. **Revista Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.8, n.2, p.112-119, 2017. Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3841/4990

PAGLIOSA, F.; DA ROS, M. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/?lang=pt

PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e Sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

PAIVA K.; SANTOS- JUNIOR, W. Competências profissionais de enfermeiros e sua gestão em um hospital particular. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 899-908, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/5yRfVRWQ3JTMpXjmdZWrs8h/?format=pdf&lang=pt

PAIXÁO, W. Alguns aspectos da evolução da enfermagem no Brasil. **Boletim da Repartição Sanitária Panamericana**, Washington, D.C., v. 32, n. 3, p. 243-248, 1952. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/14634?locale-attribute=es

PAULUS, A.; CORDONI, L. Políticas públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-456251

PEDEN-MCALPINE, C. Using narrative and reflection to study nursing practice. **First International Congress of Qualitative Inquiry**, Illinois: University of Illinois, 2005.

PEDUZZI, M.; LEONELLO, V.; CIAMPONE, M. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. 3aed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114.

PEDUZZI, M; et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 18(s1):e0024678, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt

PEITER, C.; LANZONI, G.; OLIVEIRA, W. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qv9rMq4S3MvHP9WPHCWDjdb/abstract/?lang=pt

PEREIMA, M.; COELHO, E.; DA ROS, M. (Org.). Da proposta à ação: currículo integrado do curso de medicina da UFSC. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005. 186 p.

PEREIRA, J. Articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: em foco o distrito do Butantã. 134f. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem – Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-12062007-115423/pt-br.php

PEREIRA, W.; TAVARES, C. Factors associated to pressure ulcers in patients at Adult Intensive Care Units. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/nQDZWRR6DZVh9tnk6hVg3gB/?format=pdf&lang=en

PERRENOUD, P. Construir as Competências desde a Escola. Porto Alegre : Artmed; 1999.

PESSOA, T; et al. Formação em Odontologia e os estágios supervisionados em serviços públicos de saúde: percepções e vivências de estudantes. **Revista ABENO**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 44-55, 2018. Disponível em: https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/477

PINTO, A; et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2201-2210, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRgywxnpqx6Gw7PVrdwBLv/abstract/?lang=pt

PIRES, D. Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-44, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/SZLhTQGyxHDZKfdzZDBhRPS/?lang=pt

PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Anna Blume; 1998.

POTTER, P.; PERRY, A.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem- 9A edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

PRADO, M. Investigación cualitativa en Enfermería. Metodologia y didactica. Washington, DC: OPS, 2013.

PUCCINI, R. A integralidade na atenção à saúde da criança e o ensino de pediatria [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2002. Disponível em: https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/18207

PUNTEL, M.; MELO.; S. O trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez editora. 1997.

QUINTINO, T. Alice no país das Maravilhas: interdisciplinaridade, currículo integrado e um grupo de professores que mergulhou na toca do coelho. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Capinas, 2005. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/252180

RANGEL, R; et al. Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 43-50, 2017. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/18866

REIBNITZ, K; et al. Reorientação da formação do enfermeiro: análise a partir dos seus protagonistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 37 (esp): e68457, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/wWsJCns3VGSC3Hb5xFjhnhp/?lang=pt&format=pdf

REYES, E. Fundamentos de Enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México: El Manual Moderno; 2009.

REZENDE, V. A resolutividade da atenção básica: Uma revisão de literatura. 2010. Tese. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)-Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/_A_resolutividade_da_atencao_basica__uma_revisao_de_literatura/458

RHIRY-CHERQUES R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing**, **Opinião e Mídia**, São Paulo, v. 3, p. 20-27, 2009. Disponível em: https://docplayer.com.br/15061-Saturacao-em-pesquisa-qualitativa-estimativa-empirica-de-dimensionamento.html

RIBEIRO, L.; ANDRADE, L. A Enfermagem e a construção de novos saberes e práticas a partir da Estratégia Saúde da Família. **Revista SANARE**, Ceará, ano v, n. 1, p. 101- 111, 2004. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/128

RIO DE JANEIRO. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2012.

ROCHA, S. Puericultura e enfermagem. São Paulo: Cortez; 1987.

ROCHA, S.; ALMEIDA, 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, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/FhrPV8gz3hmsNhtPmMfbpBN/abstract/?lang=pt

RODRIGUES, A; et al. Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 184-192, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/k3vmKRK9MNbRf9cjZyCmSsm/abstract/?lang=pt

RODRIGUES, L.; TAVARES, C. Estágio supervisionado de enfermagem na atenção básica: o planejamento dialógico como dispositivo do processo ensino-aprendizagem. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1075-83, 2012. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4103

RODRIGUES, L.; VIEIRA, J.; LEITE, I. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. **Revista Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 40-5, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Zxdc7wxM9h83496pGhrnVWK/abstract/?lang=pt

ROSA, J.; BARTH, P.; GERMANI, A. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. **Revista Perspectiva**, Erechim, v. 35, n. 129, p. 121-130, 2011. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_160.pdf

ROSSI, N; et al. As narrativas de estudantes de enfermagem nos portfólios do Estágio Curricular Supervisionado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 16, n. 3, p. 566–74, 2014. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/25691/17532

SALCI, M; et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-30, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/VSdJRgcjGyxnhKy8KvZb4vG/abstract/?lang=pt

SALGADO, D. Análisis comparado de las metodologías de marco lógico y mapeo de alcances para el diseño de proyectos en gobierno federal y sociedad civil. 2014. Teses (Maestra en Políticas Públicas Comparadas)- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Sede Académica de México, México, D.F, 2014. Disponível em: https://www.outcomemapping.ca/download/Tesis%20DDDS%2002122014.pdf

SANCHO, J. Discursos y prácticas en torno a las competencias en educación. **Fonseca: Journal Of Communication**, España, n. 15, p. 127-144, 2017. Disponível em: https://revistas.usal.es/index.php/2172-9077/article/view/17344

SANJUÁN, A.; MARTÍNEZ, J. Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza-aprendizaje para la interrelación de conocimientos y formación de clínica/comunitaria. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v.26, n. 2, p. 151-159, 2008. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215278015.pdf

SANNA, MC. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-4, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/tdR5hDyyjjGRqZ8ytgGqHsz/?lang=pt&format=pdf

SANTOS, B; et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 53, n. especial, p. 49-59, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/KB86RCtg753XHRkzttpCMrK/?lang=pt

SANTOS, N. Currículo Integrado: Percepção da interdisciplinaridade na formação de Enfermeiros. 2014. Dissertação. (Mestrado em Ensino da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina – FAMED da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, Maceió, 2014. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFAL_a4dd73c8a5752ed766865aa857d711a6

SANTOS, S. Perfil de egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 217-2, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/SmxvVhRtpWv4jFfFDPHgTcD/?format=pdf&lang=pt

SANTOS, S; et al. A Consulta de Enfermagem no Contexto da Atenção Básica de Saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-30, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/mRCnWJ63sD5wYdQkpzmFQTp/abstract/?lang=pt

SCHERER, Z.; SCHERER, E. Reflexões sobre o ensino de enfermagem na pósmodernidade e a metáfora de uma lacuna teórico-prática. **Revista Latino-americana de Enfermage**, v. 15, n. 3, p. 498-501, 2007. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2461

SCHMIDT, N.; BROWN, J. Service learning in undergraduate nursing education: strategies to facilitate meaningful reflection. **Journal of Professional Nursing**, United Kingdom, v, 32. n. 2, p. 100–106, 2015. Disponível em: https://scholar.valpo.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1041&context=nursing_fac_pubs

SCHWENGBER, A. Processo de enfermagem: instrumento para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem. 2008. 103f. Dissertação. (Mestrado) - Escola de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008. Disponível em: http://repositorio.furg.br/handle/1/2946?show=full

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L.; COOK, S. Métodos de pesquisa das relações sociais. São Paulo: Herder, 1965.

SERRA, G.; RODRIGUES, P. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, p. 3579-86, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/tLn5ZVpMK4nZnj5nKBC7qzj/abstract/?format=html&lang=pt

SILVA, A.; CAMILLO, S. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 403-410, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250051666_A_educacao_em_enfermagem_a_luz_do_paradigma_da_complexidade

SILVA, D. Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais. 2000. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. 188p. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/78129/153093.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SILVA, D.; OLIVEIRA, S.; SAMPAIO, J. O processo de territorialização da residência multiprofissional em saúde da família/comunidade Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Geográfica de América Central, Heredia**, Costa Rica, v. 2, n. 47 spe, p. 1-17, 2011. Disponível em: https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/2547

SILVA, G. B. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez; 1986.

SILVA, M.; SOUSA, E., FREITAS, C. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-21, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/tCCNsgZj6vSKjGvhYYxVTSR/?lang=pt&format=pdf

SILVA, M; et al. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-84, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/TpDL8SFcVyQJGPn7RLGTKKD/abstract/?lang=pt

SILVA, M; et al. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: Desafios e perspectivas. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-

184, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/TpDL8SFcVyQJGPn7RLGTKKD/abstract/?lang=pt

SILVEIRA, C.; PAIVA, S. A evolução do ensino de Enfermagem no Brasil: Uma revisão histórica. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n.1, p. 176-183, 2011. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/%20view/6967

SIQUEIRA, M. Programa de educação em saúde para estudantes da escola estadual Tuiuti. 2012. Projeto de pesquisa. (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde)- Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição Porto Alegre (RS): Fundação Oswaldo Cruz; 2012. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6829

SLOMP, J.; FEUERWERKER, L.; MERHY, E. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 20, p. 1795-803. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/qFRw9pqYBCFWz4nk9VHfvqn/abstract/?lang=pt

SOBRAL, J. Formação para atuar na atenção básica: percepção de discentes de enfermagem. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, 2018.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SOUSA, M.; HAMANN, E. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1):1325-1335, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/237572604_Programa_Saude_da_Familia_no_Brasil_uma_agenda_incompleta/link/5699a62308ae748dfaff8e2d/download

SOUSA, P; et al. Protagonismo do enfermeiro na atenção básica de saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 76157-76170, 2020. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/17912#:~:text=No%20estudo%20observou%2Dse%20que,enfermeiro%20frente%20as%20a%C3%A7%C3%B5es%20educativas.

SOUZA, A.; CARCERERI, D. Estudo qualitativo da integração ensino- serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface: Comunicação, Educação, Saúde**, Botucatu, v. 15, n. 39, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/qvXwh39NGMNXvrffD3PHD8f/abstract/?lang=pt

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.; VILLAR, M. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, 2011. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252

SOUZA, M.; AFONSO, M. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 332-47, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202015000300004

SOUZA, S; et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 12, n. 3, p. 449-55, 2010. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/6855

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Journal Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/

STARFIELD. B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnología. Brasilia: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf

TEIXEIRA, E; et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp, p.102-10, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/YyMXrrNrw6btTGHwCgK6HXF/?format=pdf&lang=pt

THEUREAU J. Action et parole dans le travail infirmier. **Revista Psychologie Française**, France, v. 28, n. 3, p. 255-64, 1983. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/Action-et-parole-dans-le-travail-infirmier-Theureau-Pinsky/d8da90ecc4a8c22000ce7c2582acbf414bd520b4

THOFEHRN, M; et al. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Revista Enfermagem e Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 190-198, 2011. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3423/2814

THUMÉ, E.; FEHN, A.; ACIOLI, S.; FASSA, M. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 1, p. 275-288, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GnsG3ZWVxkVkSFPGNXVxmQF/abstract/?lang=pt

TREVISO, P; et al. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 69, 2017. Disponível em: https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59

TREZZA, A.; SANTOS, R.; LEITE, J. Enfermagem como prática social: Um exercício de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 904-8, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/TTsS93vLyVr4mggBgGmjhkL/abstract/?lang=pt

TRIVIÑOS, A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TUNJA. Consejo Superior de la Universidad Pedagógica y Tecnológica De Colombia. Acuerdo no. 052 del 17 de agosto del 2004. Sistema de Créditos Académicos y áreas de estructuración curricular de los programas de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, 2004.

TUNJA. Consejo Académico de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Resolución N° 82 de 2009. Reestructuración del Plan de estudio del Programa de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2009.

TUNJA. Política Pública de la Juventud Municipio de Tunja.Contexto Territorial / Cobertura Educación Superior. Tunja, 2015.

TUNJA. Proyecto Académico Educativo Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC). Tunja, 2019.

UNIVERSIDAD ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS). Resolução CONSEPE nº 26/98. Feira de Santana/UEFS, 1998.

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA (UPTC). Enfermería. Disponível em:http://www.uptc.edu.co/facultades/f_salud/pregrado/enfermeria/inf_general/.2018b.

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA (UPTC). Información institucional. Disponível em: http://www.uptc.edu.co, 2018a.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS). Colegiado de Enfermagem Matriz Curricular. 2018.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS). Colegiado do Curso de Enfermagem. Currículo do curso de enfermagem, dez, 1998.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS). Cursos. 2018a. Disponível em: https://www.uefs.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=16

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS). Nossa História. 2018. Disponível em: http://www.uefs.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=12

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS). Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UEFS, 2001.

VALE, E.; GUEDES, M. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de**

Enfermagem, Brasilía, v. 57. n 4, p. 475-8, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/fNxrjJHKNMdPpXYkHY4jpXh/abstract/?lang=pt

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M.; KLEBA, M. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2949-2960, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/f8HpZYFRybXgn4rwJZg67GB/abstract/?lang=pt

VENDRUSCOLO, C.; SILVA, M.; SILVA, M. Integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva da reorientação da formação em saúde. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 245 - 259, 2017. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/30559

VENDRÚSCOLO, D.; MANZOLLI, M. O currículo na e da enfermagem: por onde começar e recomeçar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n. 1, p. 55-70, 1996. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/jZkqnwTJZJ9tXRdnwrXBvNC/abstract/?lang=pt

VENEZUELA. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. Caracas, DC, 2005.

VENEZUELA. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 de fecha 30 de diciembre de 1.999.

VENTURA, C.; MELLO, D.; ANDRADE, R.; MENDES, I. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v 65, n. 6, p. 893-8, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/ZfDGS7CPNvMbrrYpkrTzPBS/?lang=pt

VERDERESE, O. Análisis de la enfermería en la América Latina. **Revista Educación Médica y Salud**, Washington, D. C, v. 13, n. 4, p. 315-340, 1979. Disponível em: https://silo.tips/download/analisis-de-la-enfermeria-en-la-america-latina

VERÍSSIMO, D.; VALLE, E. A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. **Revista Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 24, n. 45, p. 45-57, 2006. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20093

VESGA, L. Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras. **Revista CUIDARTE**, Colombia, v. 3, n. 1, p. 410-415, 2012. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533179022.pdf

VIEGA, S.; PENNA, C. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/HGwSMhK9Gmn8XbRXDcFWYCz/abstract/?lang=pt

VIEGAS, R.; VIEIRA, L. Os desafios da prática do enfermeiro inserido no Programa Saúde da Família. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 563-569, 2001. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341765008.pdf

VIEIRA, L; et al. Formação profissional e integração com a rede básica de saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 293-304, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/KpQRbQ7xxq9x3yJCp9LfSKB/abstract/?lang=pt

VIGOTSKI, L. A construção do pensamento e da linguagem. São Paulo: Martins Fontes. 2000.

VILLAS BOAS, B. Compreendendo a avaliação formativa. In: VILLAS BOAS, B. M. F. (Org.). Avaliação formativa: práticas inovadoras. Campinas: Papirus, 2011.

VYGOTSKI, L. Pensamiento y lenguaje. In: VYGOTSKI, Lev S. Problemas de Psicologia General. II edição Madri: Visor, 1993, p. 11-348.

WINTERS, J.; PRADO, M.; HEIDEMANN, I. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 248-253, 2016. Disponível em:https://www.scielo.br/j/ean/a/BfWzkM6YY7RghFxxvjnv76f/?lang=pt&format=pdf

WITT, 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. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-01062005-102741/pt-br.php

WITT, R.; ALMEIDA, M. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 433-8, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/NsGLWtXcdbQ9vBkFFMPFjCQ/abstract/?lang=pt

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nursing practice around the world. Geneva, 1997.

YAÑEZ, D. Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte. **Revista Avances en Enfermería**, Bogotá, D.C, v. 33, n. 2, p. 295-305, 2015. Disponível em: https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37032

Zabala A. Enfoque globalizador e pensamento complexo: Uma proposta para o currículo escolar. Rosa E (trad.). Porto Alegre: Artmed; 2002.

ZABALA, A.; ARNAU, L. Como aprender e ensinar competências. Porto Alegre: Artme; 2010. 197 p.

ZAPPELLINI, M.; FEUERSCHÜTTE, S. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. **Revista Administração: Ensino e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 241–273, 2015. Disponível em: https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/238

APÊNDICES



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Doutorado Acadêmico
Pesquisadora responsável: Isabel Cristina Flórez Escobar
Pesquisadora colaboradora Prof.ª Drª. Maria Ângela Alves do Nascimento

(DES) CONSTRUÇÃO DOS SABERES E PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL E NA COLÔMBIA

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Participantes: GESTORES (Grupo 1) e INFORMANTES CHAVE (Grupo 4)

Entrevista (nº)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2019

1Que é a Atenção Primaria em Saúde/ Atenção Básica?

2Qual é seu entendimento sobre o Curso de graduação em Enfermagem no contexto da APS/AB?

3 Identificação do entrevistado (a):

a) Formação: Ano de graduação: _____ Instituição: _____

Pós-graduação: () Sim (…) Especialização
(…) Mestrado
(…) Doutorado

Observação: especificar a área de formação da pós-graduação e assinalar apenas a de maior grau.
( ) Não

b) Área de conhecimento: _____
_____

c) Unidade curricular atuante: _____
_____

4 Construção de saberes e práticas na APS

-Estruturação do curso de Graduação em Enfermagem na APS: (concepção, processo de construção inicial do curso e demais processos das mudanças curriculares implantadas; projeto pedagógico; marco conceitual; diretrizes curriculares; participação como sujeito do processo da estruturação do curso direcionado à APS; integração e interdisciplinaridade com o eixo do desenvolvimento dos componentes curriculares; limites/dificuldades, facilidade/avanços; perspectivas).

5Articulação entre academia –serviço-comunidade e **interação** entre docentes, discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população na APS.



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Doutorado Acadêmico
Pesquisadora responsável: Isabel Cristina Flórez Escobar
Pesquisadora colaboradora: Profª. Drª. Maria Ângela Alves do Nascimento

(DES) CONSTRUÇÃO DOS SABERES E PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL E NA COLÔMBIA

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Participantes: DOCENTES (Grupo 2)

Entrevista (nº)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2019

1Que é a Atenção Primaria em Saúde/ Atenção Básica?

2Qual é seu entendimento sobre o Curso de graduação em Enfermagem no contexto da APS/AB?

3 Identificação do entrevistado (a):

a) Formação: Ano de graduação: _____ Instituição: _____

Pós-graduação: ( ) Sim(…)Especialização
(…) Mestrado
(…) Doutorado

Observação: especificar a área de formação da pós-graduação e assinalar apenas a de maior grau.

( )Não

b) Área de conhecimento: _____
_____

c) Unidade curricular atuante: _____
_____

4 Construção de saberes e práticas na APS

- Organização dos componentes curriculares sobre APS: (estrutura, objetivos, conteúdos teóricos e práticos (concepção do processo saúde doença; objeto de trabalho; finalidade, objetivos, atividades desenvolvidas); cenários do processo ensino aprendizagem; estratégias/metodologias usadas (práticas pedagógicas e práticas de saúde/ enfermagem) atividades desenvolvidas; competências e habilidades previstas para o discente na APS; processo de avaliação).

5 Práticas/atividades da APS desenvolvidas:

- Componentes éticos, políticos e técnicos: conhecimentos cognitivos (raciocínio, conhecimento técnico, resolubilidade, ações de prevenção à doença; promoção, proteção e reabilitação de saúde individual e coletiva crítica) e conhecimentos afetivos (responsabilidade, compromisso, sensibilidade, respeito, acolhimento, vínculo).

-Competências e habilidades:(tomada de decisões; liderança; resolubilidade; saber fazer, saber dizer, saber explicar e saber compreender).

6 Articulação entre academia-serviço-comunidade e **interação** entre docentes, discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população na APS.



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Doutorado Acadêmico
Pesquisadora responsável: Isabel Cristina Flórez Escobar
Pesquisadora colaboradora: Profª. Drª. Maria Ângela Alves do Nascimento

(DES) CONSTRUÇÃO DOS SABERES E PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL E NA COLÔMBIA

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Participantes: DISCENTES (Grupo 3)

Entrevista (nº)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2019

1Que é a Atenção Primaria em Saúde/ Atenção Básica?

2Qual é seu entendimento sobre o Curso de graduação em Enfermagem no contexto da APS/AB?

3Identificação sobre o entrevistado (a):

a) Semestre em curso: _____ b) Instituição: _____

b) Componente curricular em curso: _____
_____

4 Construção de saberes e práticas na APS

- Organização dos componentes curriculares sobre APS:(estrutura, objetivos, conteúdos teóricos e práticos (concepção do processo saúde doença; objeto de trabalho; finalidade, objetivos, atividades desenvolvidas); cenários do processo ensino aprendizagem; estratégias/metodologias usadas (práticas pedagógicas e práticas de saúde/ enfermagem).

5 Práticas/atividades da APS desenvolvidas:

-Componentes éticos, políticos e técnico: conhecimentos cognitivos (raciocínio, conhecimento técnico, saber fazer; resolubilidade; desenvolvimento de ações prevenção à doença; promoção, proteção e reabilitação de saúde individual e coletiva) e conhecimentos afetivos (responsabilidade, compromisso, sensibilidade, respeito, acolhimento, vínculo)

-Competências e habilidades: (tomada de decisões; liderança; resolubilidade; capacidade crítica, ou seja, saber dizer, saber explicar e saber compreender).

6 Articulação entre academia –serviço-comunidade e **interação** entre docentes, discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população na APS.

Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Doutorado Acadêmico
Pesquisadora responsável: Isabel Cristina Flórez Escobar
Pesquisadora colaboradora: Profª. Drª. Maria Ângela Alves do Nascimento

(DES) CONSTRUÇÃO DOS SABERES E PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL E NA COLÔMBIA

APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA: SERVIÇOS DE SAÚDE, CENÁRIOS DE PRÁTICAS, ESTÁGIOS E SALAS DE AULA

Lugar	Atividade	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2019

1 Construção de saberes e práticas de saúde e Enfermagem na APS:

-Cenários

-Conteúdos teórico-práticos desenvolvidas

2Articulação entre academia –serviço-comunidade e **interação** entre docentes, discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população na APS.

3 Práticas/atividades propriamente ditas da APS desenvolvidas:

- Competências Éticas, Políticas e Técnicas: (conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade), delimitadas neste estudo pelos seguintes aspectos: tomadas de decisões, resolubilidade dos problemas, compreensão e avaliação de uma situação, mobilização de saberes (afetivos e cognitivos), enfrentamentos de conflitos e oposições.

- Habilidades (Plano de desenvolvimento da Educação: plano objetivo e prático do saber fazer (decorre das competências já adquiridas).

Universidade Estadual de Feira de Santana
Autorizada pelo Decreto Federal Nº 77. 496.De 27.4.1976
Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPISC)
Apêndice E
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Título: (Des) construção dos saberes e práticas da Atenção Primária de Saúde (APS) no contexto dos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil e na Colômbia

Nós, professora Maria Angela Alves do Nascimento e Isabel Cristina Flórez Escobar (pesquisadora responsável), estamos convidando você a participar da pesquisa **" (Des) construção dos saberes e práticas da Atenção Primária de Saúde (APS) no contexto dos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil e na Colômbia"**. Este estudo tem por objetivo compreender a (des) construção dos saberes e práticas da APS no contexto dos cursos de graduação em Enfermagem em duas instituições de ensino superior públicas, uma no Brasil e outra na Colômbia, além de discutir como se processa na prática o desenvolvimento das atividades da APS nos respectivos cursos e explicar o processo de (des) articulação academia-serviço-comunidade e sua consequente interação entre os sujeitos, docentes/discentes, trabalhadores de saúde, usuários e população no contexto da APS nos cenários de estudo. Assim esta pesquisa poderá contribuir para que os estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem tenham incorporado uma outra dimensão sobre a prática com populações saudáveis, no direcionamento de ações para a adoção de 'novos' hábitos, com a participação da própria comunidade, com o aproveitamento dos meios à sua disposição para o melhoramento da saúde e prevenção de doenças. Os dados da pesquisa serão coletados mediante entrevista e observação, caso seja autorizado. A entrevista será realizada num espaço livre e protegido do acesso de outras pessoas, no horário determinado de acordo com sua disponibilidade, a conversa será gravada com o uso de gravador digital e portátil se assim você permitir, sendo que esta gravação poderá ser ouvida e você terá plena liberdade, se achar necessário, para retirar parte da conversa ou solicitar sair da pesquisa. Esclarecemos, na oportunidade, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade para garantir manutenção do anonimato e da privacidade durante todas as fases da pesquisa. Não haverá nenhum custo a você proveniente deste estudo, assim como não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação. Garantimos, se necessário, o ressarcimento de suas despesas, como transporte e alimentação, mediante uma compensação financeira que será calculada de acordo com os seus gastos. Em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização conforme determina a lei. Os riscos para a realização desta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados a: sentir estresse, incômodo e arrependimento em conversar com a pesquisadora no momento da entrevista, sentir-se incomodado durante a observação direta nas instalações da instituição e nos cenários de prática das disciplinas relacionadas com a APS, sentir-se impaciente devido a entrevista tornar-se longa e consequentemente demorada e medo dos (as) participantes em conversar sobre o assunto, temendo represálias. Caso a pesquisadora perceba algum risco ou dano à sua saúde causado pela participação neste estudo, o mesmo será suspenso imediatamente, ademais do retiro da sua resposta sem nenhum prejuízo. Esclarecemos também que não haverá nenhum ganho de dinheiro como participante do estudo. Havendo necessidade de explicação de dúvidas ou desistência da pesquisa, a pesquisadora responsável pode ser encontrada no Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado no prédio de Pós-graduação em Saúde Coletiva, no Módulo VI da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) Av. Transnordestina, s/n, Novo Horizonte – CEP 44036-900, Feira de Santana-Bahia-Brasil, Tel. (75) 3161-8162 ou ainda se você tem dúvidas sobre a pesquisa do ponto de vista ético, pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEFS localizado na Universidade Estadual de Feira de Santana, Módulo 1, MA 17 Avenida Transnordestina, S/N Bairro: Novo Horizonte Feira de Santana – Bahia CEP: 44036-900, telefone:75 3161-8124 ou e-mail: cep@uefs.br, atendimento de segunda a sexta-feira das 13h30 - 17h30. A pesquisadora guardará a informação em CD juntamente com as anotações das observações, e posteriormente sejam digitadas serão arquivadas no NUPISC durante cinco (5) anos e depois serão destruídas; caso não autorize a gravação registraremos a sua entrevista em folha de papel. Aclaramos que os resultados desta pesquisa serão apresentados em congressos, simpósios, seminários e publicado em revistas científicas. Igualmente os resultados serão divulgados aos participantes mediante um encontro com as pesquisadoras a ser agendado em momento oportuno. Caso concorde em participar desta pesquisa você deverá assinar o termo em duas vias, permanecendo uma cópia com você e a outra com as pesquisadoras.

Feira de Santana-BA,_____/_____/2019.

_____	_____
Isabel Cristina Flórez Escobar Pesquisadora Responsável (Tel. 3161-8162)	Participante de Pesquisa

APÊNDICE E: "TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO".

Universidade Estadual de Feira de Santana
Autorizada por el Decreto Federal Nº 77. 496.De 27.4.1976
Núcleo de Pesquisa en Salud Colectiva (NUPISC)
Apéndice E
Consentimiento Informado
Título: (Des) construcción de los saberes y prácticas de da Atención Primaria de Salud (APS) en el contexto de los cursos de graduación en Enfermería en Brasil y Colombia

Nosotras, la profesora María Angela Alves do Nascimento e Isabel Cristina Flórez Escobar (investigadora responsable) le invitamos a usted a participar en la investigación titulada **"(Des) construcción de los saberes y prácticas de la Atención Primaria de Salud (APS) en el contexto de los cursos de graduación en Enfermería en Brasil y Colombia"**. Este estudio tiene por objetivo comprender la (des) construcción de los saberes e prácticas de la APS en el contexto de los cursos de graduación en Enfermería en dos instituciones de educación superior una en Brasil y la otra en Colombia, además de discutir cómo se procesa en la práctica el desarrollo de las actividades de la APS en los respectivos cursos y explicar el proceso de (des) articulación academia-servicio- comunidad y su consecuente interacción entre los sujetos docentes/estudiantes, trabajadores de salud, usuarios y población, en el contexto de la APS en los escenarios de estudio. Por lo tanto, esta investigación podrá contribuir para que los estudiantes de los cursos de graduación en Enfermería, incorporen otra dimensión sobre la práctica con poblaciones saludables, con el direccionamiento de acciones para la adopción de 'nuevos' hábitos y la participación de la propia comunidad, aprovechando los medios a su disposición para el mejoramiento de la salud y la prevención de enfermedades. Los datos de este estudio serán recolectados mediante la entrevista y la observación, en el caso de que sea autorizada. La entrevista será realizada en un espacio libre y protegido del acceso de otras personas en el horario determinado de acuerdo con su disponibilidad, la conversación será grabada con un grabador digital y portátil si así usted lo permite y posteriormente, esta grabación podrá ser escuchada y usted tendrá plena libertad si lo considera necesario, para retirar parte de su conversa o solicitar salir de la investigación. Aclaramos en esta oportunidad, que sus informaciones serán utilizadas solamente para fines de esta investigación y serán tratadas con absoluto secreto y confidencialidad, garantizando así el anonimato y la privacidad durante todas las fases de la investigación. Además, esta investigación no implica ningún costo para usted, así como no habrá ningún tipo de remuneración por su participación. Garantizamos, en caso de ser necesario, el reembolso de sus expendios, como transporte y alimentación, mediante una compensación financiera que se calculará de acuerdo a sus gastos. En caso de daños comprobados y derivados de su participación en la investigación, usted tiene asegurado el derecho a la indemnización conforme determina la ley. Los riesgos para la realización de esta investigación son mínimos y pueden estar relacionados con sentir estrés, incomodidad y arrepentimiento al conversar con la investigadora en el momento de la entrevista, sentirse incomodado durante la observación directa en las instalaciones de la institución y en los escenarios de práctica de las asignaturas relacionadas con la APS, sentirse impaciente debido a que la entrevista puede prolongarse y consecuentemente, demorar y por último los (as) participantes pueden sentir miedo en conversar sobre el asunto por temor a represalias. En caso de que la investigadora perciba algún riesgo o daño a su salud causado por la participación en este estudio, el mismo será suspendido inmediatamente, además de retirar su respuesta sin ningún prejuicio. Aclaramos también que no habrá ninguna ganancia monetaria como participante del estudio. En caso de que exista alguna necesidad de aclarar dudas o decida renunciar a este estudio, la investigadora responsable puede ser encontrada en el Núcleo de Pesquisa en Salud Colectiva (NUPISC), localizado en el edificio de Postgrado en Salud Colectiva, en el Módulo VI de la Universidad Estadual de Feira de Santana (UEFS) Av. Transnordestina, s/n, Novo Horizonte – CEP 44036-900, Feira de Santana-Bahia-Brasil. Tel. (75) 3161-8162 o si tiene dudas sobre la investigación desde el punto de vista ético, puede contactar al Comité de Ética en Investigación - CEP / UEFS ubicado en la Universidad Estatal de Feira de Santana, Módulo 1, MA 17 Avenida Transnordestina, S / N Barrio: Nuevo Horizonte Feira de Santana - Bahía CEP: 44036-900, teléfono: 75 3161-8124 o por correo electrónico: cep@uefs.br, el atendimiento al público es de lunes a viernes de 13h30 - 17h30. La investigadora almacenará la información en CD junto con el registro de las observaciones y posterior a su digitalización, serán archivadas en NUPISC durante (5) años y luego destruidas, dada la circunstancia en que usted no autorice la grabación, registraremos su entrevista en hojas de papel. Aclaramos que los resultados de esta investigación serán presentados en congresos, simposios, seminarios y publicados en revistas científicas. Asimismo, estos resultados serán divulgados a los participantes mediante un encuentro con las investigadoras que será agendado en el momento oportuno. En el caso de que usted concorde en participar de esta investigación deberá firmar este consentimiento en dos copias, permaneciendo una con usted y la otra con las investigadoras.

Tunja- Boyacá,_____/____/2019.

Isabel Cristina Flórez Escobar Investigadora Responsable (Tel. 3161-8162)	Participante de la Investigación

Maria Angela Alves do Nascimento
Investigadora Colaboradora (Tel. 3161-8162)