

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004400014>

ATRIBUTO DO PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO BÁSICA E PRÁTICAS DE CUIDADO: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA DO ENFERMEIRO

Gabriela Fávero Alberti¹, Maria Denise Schimith², Maria de Lourdes Denardin Budó³, Gabriela Leal Neves⁴, Laís Fuzer Rosso⁵

¹ Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: g_falberti@hotmail.com

² Doutora em Ciências. Professora Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ma.denise2011@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lourdesdenardin@gmail.com

⁴ Graduanda em Enfermagem da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: gabi_leal_neves@hotmail.com

⁵ Enfermeira, UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: laisfrosso@gmail.com

RESUMO: Estudo de caso que objetivou conhecer as práticas de cuidado de enfermeiros de uma Unidade de Saúde da Família relacionadas ao atributo do primeiro contato e as contribuições para a formação acadêmica. Os dados são um recorte de um banco de dados, coletado de fevereiro a julho de 2012. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com enfermeiros, observação participante das práticas de cuidado e busca documental, analisados conforme proposta operativa. O primeiro contato pode ser iniciado pela demanda do próprio usuário ou em reuniões de equipe a partir dos casos compartilhados pelos agentes comunitários de saúde. As condutas dos enfermeiros restringem o acesso do usuário e excluem a possibilidade de acolhimento. A formação acadêmica deve inserir e integrar o graduando a os diferentes cenários e saberes; incentivar a compreensão humana a partir da abertura para novas sensibilidades e a imprevisibilidade, além de instigar a participação autêntica do graduando em seu processo formativo.

DESCRIPTORES: Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Educação em enfermagem.

FIRST-CONTACT ACCESSIBILITY ATTRIBUTE IN PRIMARY HEALTH CARE SERVICES AND CARE PRACTICES: CONTRIBUTIONS TO ACADEMIC EDUCATION FOR NURSES

ABSTRACT: Case study that aimed to identify the care practices of nurses from a Family Health Unit related to the first-contact accessibility attribute and the contributions to academic nursing education. The data is an excerpt from a database, collected from February to July 2012. Semi-structured interviews were conducted with nurses, participant observation of the care practices took place and a document search was undertaken, analyzed according to the operation proposal. The first contact can be initiated by the demand of the user himself or staff meetings based on the cases shared by the community health agents. The nurses' behavior restricts user access and excludes the possibility of welcoming. Academic training should insert and integrate the students into different scenarios and knowledge; foster human understanding based on the opening to new sensibilities and unpredictability, besides instigating the authentic participation of the student in his learning process.

DESCRIPTORS: Nursing. Nursing care. Primary health care. Family health strategy.

ATRIBUTO DEL PRIMERO CONTACTO EN LA ATENCIÓN BÁSICA Y PRÁCTICAS DE CUIDADO: CONTRIBUCIONES PARA LA FORMACIÓN ACADÉMICA DEL ENFERMERO

RESUMEN: Estudio de caso con objetivo de identificar las prácticas de cuidado de enfermeros de una Unidad de Salud de la Familia relacionadas con el primer contacto y atribuir contribuciones a la formación académica. Los datos son un recorte de una base de datos, recogidos de febrero a julio de 2012. Fueron realizadas entrevistas semiestruturadas con los enfermeros, la observación participante de las prácticas de atención y búsqueda de documentos y analizado conforme propuesta operativa. El primero contacto puede ser empezado por el propio usuario o cuando los agentes comunitarios de la salud comparten sus casos en las reuniones de equipo. Las conductas de los enfermeros restringen el acceso del usuario y excluyen la posibilidad de la acogida. La formación académica debe introducir e integrar graduar a diferentes escenarios y conocimientos; la comprensión humana de acogida de la apertura a nuevas sensibilidades y la imprevisibilidad, así como instigar la participación autêntica de la estudiante en su proceso de aprendizaje.

DESCRIPTORES: Enfermería. Atención de enfermería. Atención primaria de salud. Estrategia de salud familiar. Educación en enfermería.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) expressa iniciativas que culminam em mudanças na esfera política, social e econômica do Brasil, no qual a Atenção Básica (AB) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) são os principais elementos que incidem na mudança paradigmática do modelo de atenção à saúde vigente. Essas representam o nível primário de acesso, em que o cuidado à saúde se dá a partir de práticas sociais, em uma interface, para além da dimensão técnica e profissional, pois inclui a reorganização do sistema, como coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), na lógica da garantia da continuidade do cuidado, resolubilidade e participação comunitária.¹⁻³

Um dos desafios para a concretização do SUS está na formação profissional coerente com este campo de trabalho complexo. O cotidiano dos serviços de saúde é elemento constituinte do processo formativo, pois implica no desenvolvimento de novas práticas de saúde, estimulando a implicação dos sujeitos.⁴

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) orientam o tipo de currículo e formação que deverão receber os graduandos e, com isso, também regulam as condutas dos sujeitos envolvidos no processo formativo. Decorridos pouco mais de dez anos da implementação das DCN nos cursos de enfermagem, as diretrizes, atualmente, se encontram em processo de reformulação, pois ainda são incipientes e insuficientes as mudanças ocorridas na formação acadêmica.

Frente a isso, evidencia-se a necessidade de refletir sobre a implicação do processo formativo dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, com vistas a iniciar um diálogo que aponte contribuições aos espaços formativos no aprender/ensinar/construir práticas de cuidado. A reflexão deve considerar o pressuposto de que o *habitus* do cuidado se desenvolve e/ou se adquire durante a formação e perpassa, posteriormente, ao espaço profissional.

Para garantir uma AB de qualidade é necessário operacionalizar, em sua totalidade, os atributos que lhe competem: os atributos essenciais, entendidos como o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado.² Para a discussão que se propõe neste artigo, utilizou-se o atributo de primeiro contato como eixo norteador para análise dos resultados, em vista de que esse implica na acessibilidade e acesso do usuário ao serviço de saúde. Como premissa primária, tem-se que a constituição do fluxo do usuário na RAS inicia-se na recepção da Unidade de Saúde da Família (USF), caracterizando-se como o primeiro contato do usuário com o serviço

de saúde. Teoricamente, este é o encontro em que o usuário apresenta suas necessidades de saúde que desencadearam a busca pelo serviço.

Portanto, questiona-se como as práticas de cuidado de enfermeiros em uma USF contribuem para a reflexão da formação acadêmica relacionada ao atributo de primeiro contato na AB? E estabelece-se o seguinte objetivo: conhecer as práticas de cuidado de enfermeiros de uma USF relacionadas ao atributo de primeiro contato e suas contribuições para a formação acadêmica.

MÉTODO

O método de pesquisa utilizado foi o estudo de caso, uma vez que “surge do desejo de entender os fenômenos sociais complexos”^{5:24} e permite ao pesquisador captar as características holísticas e significativas presentes em contexto real. Utilizou-se um recorte do banco de dados pertencente à pesquisa matricial intitulada “Relações entre trabalhadores de saúde e usuários em uma unidade de saúde da família: a construção da rede de atenção à saúde”.

A unidade de análise estudada foi uma USF de um município da região central do Estado do Rio Grande do Sul. A USF possui duas equipes básicas e uma equipe de saúde bucal, que dividem a mesma estrutura física. O período de coleta foi de fevereiro a julho de 2012. Os dados foram coletados mediante múltiplas fontes de evidências, componente importante que caracteriza o estudo de caso. As técnicas de coleta de dados que compuseram o recorte do banco de dados estudado foram entrevista semiestruturada com enfermeiros, observação participante, com registro em diários de campo acerca das práticas de cuidado, além de buscas em documentos e registros nos sistemas de informações (atas de reuniões de equipe, relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), agenda dos encaminhamentos). A análise documental foi utilizada com cautela especificamente para auxiliar na compreensão em profundidade do caso estudado, correspondente a fase exploratória da análise dos dados, abaixo descrita.

A análise e interpretação dos dados foram norteadas pela proposta operativa, cuja autora indica dois níveis operacionais. O primeiro, exploratório, visa conhecer o contexto histórico do objeto e a familiarização do pesquisador com o banco de dados e, o segundo, interpretativo, se subdivide em três etapas, descritas na sequência. A ordenação dos dados, a partir da transcrição, leitura, releitura e organização dos relatos em determinada ordem. É válido des-

tacar que esta etapa já estava construída devido ao banco de dados.⁶ Portanto, o material coletado foi organizado em três polígrafos impressos, cada um referente à técnica de coleta de dados utilizada em sequência cronológica e também, em versão digital das entrevistas e dos diários de campo.

A classificação, segunda etapa, compreendeu leituras densas e exaustivas, de modo a apreender as estruturas, situações e momentos-chave relevantes sobre o tema em estudo. Visto que os atributos da AB foram pano de fundo da análise inicial dos dados, nesta etapa foram realizadas anotações organizadas em *notepad* coloridas sinalizando os substratos considerados relevantes para responder ao objetivo desta pesquisa, considerando o atributo do primeiro contato, especificamente. Por fim, a análise final salienta a inflexão às duas fases anteriores sobre o material empírico, considerada pela autora um verdadeiro movimento dialético,⁶ que, nesse sentido, as situações identificadas como primeiro contato foram analisadas e discutidas com o referencial teórico utilizado.

Os estudos de caso não são generalizáveis às populações e aos universos. Desse modo, as teorizações resultantes podem ser consideradas generalizações.⁵ Na etapa metodológica da análise e interpretação, os resultados foram confrontados com a realidade social da unidade de análise, a USF, de modo que os resultados desvelados “[...] se dirijam para uma vinculação estratégica da realidade”.^{6:237} Neste artigo, a apresentação dos resultados enfocou o atributo do primeiro contato e, portanto, elucida a categoria central: a formação em saúde para o primeiro contato. A pesquisa tramitou pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, com parecer favorável n. 1939/11. As considerações éticas foram resguardadas mediante a assinatura de termo de autorização para utilização do banco de dados, que discorria acerca da autorização e utilização destes dados para esta pesquisa, condicionada à Resolução 466/2012 que trata de pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

Para elucidar a categoria central, as situações encontradas durante a coleta de dados são apresentadas na sequência. Em relação às demandas pré-definidas e com possibilidade de agendamento para as enfermeiras: *pesquisadora busca informações sobre a agenda das enfermeiras: é uma única agenda para as duas enfermeiras. Na capa diz: podem ser agendados citopatológico, puericultura e pré-natal. Horário: 9 h – 11 h e 13 h 30 min. às 15 h. São 30 minutos para cada agendamento. Somando, são nove horários para as duas*

enfermeiras. Há dias em que a agenda não está aberta, como no caso do fechamento do SIAB e reunião de equipe (Diário de campo de 02/05/2012, turno tarde). A agenda pré-definida sugere que as enfermeiras concentravam suas ações à mulher e à criança. A produção dos dados e fechamento de relatórios como o SIAB era realizado, exclusivamente, entre enfermeiro e o agente comunitário de saúde (ACS), não envolvendo outros membros da equipe.

Com relação às reuniões regulares de equipe, as enfermeiras se faziam presentes em sua maioria, mas com uma postura de passividade, pois não assumiam uma posição de liderança. Os pontos de discussão mais enfatizados pela equipe diziam respeito à estrutura física da unidade, às demandas apresentadas pelas ACS e ao repasse dos informes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), como exemplo, informações do setor de imunização, setor de tuberculose (Tb), conforme evidenciado nos documentos analisados.

O relato a seguir descreve uma situação em que, embora a enfermeira tenha otimizado o acesso à consulta médica existente, a consulta de enfermagem não foi cogitada como uma opção para realizar a avaliação inicial: *enfermeira na recepção. Chega uma usuária para vacinar sua filha e passa na recepção e pergunta quando a médica está atendendo. A enfermeira responde: ‘Hoje.’ A usuária, surpresa, pergunta: ‘Hoje?’ Enfermeira: ‘Sim. E por sinal, tem lugar ainda.’ Usuária: ‘Quantos têm na frente?’ Enfermeira: ‘Sete.’ Usuária: ‘Então eu quero consultar, marca para mim aí.’ Enfermeira: ‘OK. Só aguardar chamar então’ (Diário de campo de 03/04/2012, turno tarde).*

A enfermeira, quando se deparou com o primeiro contato do usuário, pressupôs a possibilidade de acolher a singularidade existente em cada situação simultaneamente à mobilização do conhecimento técnico-científico para avaliar e atentar à vulnerabilidade existente em cada caso. Contudo, esta ação do enfermeiro não foi visualizada na observação apresentada.

Na situação seguinte, identifica-se que uma das formas com que o primeiro contato pode ser iniciado é por intermédio de outro profissional, como o ACS: *em digitação do SIAB a ACS comenta com a enfermeira que um bebê está tomando leite de saquinho e está com diarreia. Tem dois meses, nasceu prematuro, ficou internado no hospital universitário (HU) e não pegou o peito. Enfermeira pergunta: ‘Leite diluído?’ ACS: ‘Ela ferve.’. Enfermeira: ‘Tem que dar uma diluidinha. Por que não mama no peito?’ ACS: ‘Nasceu prematuro. Ficou internado no HU e não pegou o peito’. ACS dita o restante da produção (Diário de campo de 17/04/2012, turno tarde).*

Desse diálogo, algumas características da situação foram identificadas pelo ACS com potencial de risco e, desse modo, foram compartilhadas com a enfermeira. Propõe-se à formação acadêmica possibilitar o encontro da enfermagem com outras profissões que participam do cotidiano de trabalho a fim de dar início, ainda na graduação, a diálogos que propiciem conhecer outras áreas. Ainda, a desenvolver condutas de complementaridade de saberes de modo a incidir em atitudes de responsabilização e de construção de projetos terapêuticos, singulares e coletivos, inclusive que valorizem a participação do usuário nesta construção. Essa perspectiva formativa auxilia a despertar no graduando de enfermagem habilidade para a atuação interdisciplinar e de trabalho em equipe.

Em outra ocasião, a prática da enfermeira resultou na restrição do acesso e assim excluiu a possibilidade de acolhimento da demanda do usuário: *enfermeira na recepção. Chega uma mãe cujo filho estava com febre e vômito desde manhã. Enfermeira fala que a médica não atende mais que 15 fichas e que não adiantava insistir. Enfermeira comenta com a pesquisadora que é desleixo da mãe ter o dia todo para fazer algo para criança melhorar e só agora, 15 h, aparece no posto. Pesquisadora sugere passar por uma consulta de enfermagem ou encaminhar para o pronto atendimento (PA). Não respondendo à sugestão, a enfermeira retira-se do local.* (Diário de campo 19/04/2012, turno tarde).

Nesse caso, a enfermeira não procurou conhecer e situar as informações que explicassem a busca pelo serviço de saúde apenas naquele horário. Ao mesmo tempo em que há banalização do sofrimento alheio, a enfermeira teve uma postura irreverente: culpabilizou a usuária e, como forma de punição, negou atendimento não apresentando alternativas possíveis para intervenção ao caso apresentado, ferindo o imperativo ético da AB de que toda demanda deve ser acolhida. Recomenda-se que a formação acadêmica deva investir em estratégias que estimulem o desenvolvimento de competências que se traduzam em atitudes de compreensão do outro, em aberturas para novas sensibilidades imbuídas nas dimensões ética e humana que atravessam o espaço das relações.

No que diz respeito ao gerenciamento do cuidado da equipe, uma enfermeira apresentou postura de cobrança com os ACS: *reunião de equipe: enfermeira diz: 'Hoje de manhã aconteceu de novo, não é a primeira vez. Veio uma criança com dor de garganta, foi lá no HU e disseram que não era para PA. Chegou aqui às 10 horas e não tinha mais médicos.'* E continua: *'Tem que orientar o povo para não ir para o HU'* (Diário de campo 02/05/2012, turno tarde).

Identifica-se, diante do exposto, a contradição da função da AB de primeiro contato e porta de entrada preferencial no sistema de saúde e que, entretanto, o usuário procura por outro serviço, de urgência e emergência, como alternativa primária. A postura de cobrança da enfermeira sugere que a rejeição do usuário pelo serviço da unidade ocorre por orientações dos ACS incoerentes com a proposta da USF, desconsiderando outros aspectos que implicam na escolha do usuário.

Nos três expostos acima, a enfermeira se coloca em condição de dependência da presença do médico na unidade para proceder em direção à assistência às demandas inesperadas, que surgem cotidianamente. Essa condição de dependência fere sua própria autonomia profissional na medida em que não reconhece a consulta de enfermagem como uma tecnologia representada como uma prática autônoma do enfermeiro.

Os dois últimos extratos das observações apresentados se assemelham por serem demandas espontâneas que surgem, inevitavelmente, no dia a dia do serviço. A partir da condução de cada caso é possível inferir que não há atividades programadas e de atenção à demanda espontânea na unidade, outra atribuição específica do enfermeiro da AB. Por outro lado, também há a busca a procedimentos ofertados na USF sistematicamente, como a imunização: *enfermeira na recepção. Usuária chega com um bebê para vacinação. A enfermeira, que está sem atividades no momento, pois são 15 h 45 min. e a USF está sem movimento, diz que vacina na quinta-feira é de manhã. A usuária diz: 'Vim outro dia e já estava fechado.'* Enfermeira: *'Fechamos às 16 h'*. Usuária: *'Mas lá no (nome da unidade) tem um cartaz dizendo o contrário.'* Enfermeira: *'Vou ligar para lá, agora.'* Telefona e fala com a secretária, que confirma o que a mãe havia dito. Explica os horários certos e pede para ela trocar o cartaz (Diário de campo 19/04/2012 quinta-feira, turno tarde).

O usuário esbarrou nos discursos normativos que concernem o modo de organização dos processos de trabalho da USF. Além disso, a usuária teve atendimento negado, pois ela, embora estivesse no dia da semana indicado, o turno em que procurou o serviço era o oposto ao destinado para a realização de um procedimento de rotina (no caso, a imunização). Outro extrato da observação a ser destacado é a atitude do enfermeiro de averiguar com o outro serviço a legitimidade da informação trazida pela usuária. As posturas visualizadas da enfermeira não garantem o acesso ao serviço de saúde com equidade, pois, mesmo que a falha na informação que induziu a usuária ao erro tenha sido de fato constatada, não houve tentativa compensatória ao prejuízo.

Visto isso, compreende-se que na direcionalidade do processo formativo deve estar à superação de modos de atuar que engessam o profissional ou cujas ações se reduzem a atos prescritivos, normativos e/ou burocráticos. A formação deve ir além do que se encontra naturalizado – interiorizado como padrão – e trabalhar no graduando com a variabilidade e imprevisibilidade que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde, inclusive de modo a fazê-lo pensar sobre as normas já instituídas que, muitas vezes, invalidam o direito ao cuidado.

As práticas de cuidado do enfermeiro devem garantir a coerência com a lógica da rede organizadora de fluxos e contrafluxos de pessoas pelos diferentes pontos de atenção. Destaca-se a função da AB de coordenar o caminhar do usuário na RAS. Na entrevista com uma enfermeira, a profissional chamou para si a responsabilidade de ir buscar informações sobre o usuário quando ele está em outro ponto da RAS, embora reconhecesse ser desconhecadora do fluxo: *muitas vezes a gente tem que ir atrás, tem que correr atrás. Aí não veio (o usuário), a gente não soube da resposta. Mas, o que custa a gente pegar o telefone e ir atrás dele também? Acho que é nosso dever, porque ele faz parte da nossa área, então a gente que tem que se responsabilizar por isso. [...] a gente se depara com situações que a gente não sabe para onde encaminhar. Então essa é outra dificuldade. A gente não vê direito, a gente não sabe para onde encaminhar. A gente não sabe o fluxo.*

A enfermeira desvelou ter consciência de sua corresponsabilidade de fazer a busca ativa de usuários faltantes para conhecer o desfecho das situações de saúde/doença quando foram conduzidos a outros pontos da RAS. Ou seja, reconhece a relação entre a coordenação do cuidado e a responsabilidade do profissional. Esse aspecto reforça a posição estratégica que a AB ocupa, de centro e comunicação na RAS, e dá destaque à função de coordenadora da atenção à saúde. Contudo, o desconhecimento dos fluxos/contrafluxos da RAS implica negativamente nestas funções da AB, revelando, também, que há pouca ou nenhuma articulação entre os outros serviços constitutivos da RAS (intersetorialidade).

Ainda, o discurso revela a tomada de consciência profissional que faz destaque ao seu dever de – ir atrás – e, com isso, assumir uma postura mais pró-ativa e aberta a conhecer o que se estabelece com o usuário de sua responsabilidade. Em face disso, como papel da formação acadêmica, pode-se dizer que está a capacidade de instigar a atitude pró-ativa no graduando, fazendo com que ele assumira sua participação autêntica do ato de conhecer, retirando do

docente o papel de único detentor de conhecimento e fazendo com que o graduando assumira determinado protagonismo, colocando-se em permanente procura por conhecimentos, interrogando/contestando aqueles, muitas vezes, ofertados como absolutos e verdadeiros pela universidade.

DISCUSSÃO

É sabido que a formação deve ser significativa, que deve superar o sentido clássico de transmissão de conhecimento e extrapolar conhecimentos técnicos e científicos.^{4,7-8} As práticas de cuidado ocorrem no espaço das relações humanas. Requerem, para tanto, a relação de convívio com o outro e estabelecer relações com outras pessoas. Espaços que devem se fazer presente, em sua diversidade de formatos existentes, no cotidiano do processo de formação do enfermeiro. Espaços de vida, cada qual com seu contexto próprio, singular, e assim como cada sujeito no mundo possui qualidades e características próprias, há contextos coletivos, como o político, o ecológico, social, entre outros. Assim, o ser humano se constitui sujeito na convivência com o outro. Com isso, a relação de cada contexto entre si e uns com os outros formam o todo, o global.⁹

O convívio com a pluralidade dos contextos, pessoas, profissões, para o graduando em enfermagem, estimula-o a conhecer e refletir sobre a complexidade de como a vida se desenrola, pois produz estranhamento e compreensão na medida em que se revelam novas possibilidades de existências, de organização social, significados. Para a formação acadêmica, essa perspectiva de ensino-aprendizagem se apresenta como a possibilidade de romper com o que supostamente determinava o ser profissional: a técnica, a destreza manual, habilidades instrumentais, a cientificidade, a biologia.

Essas reflexões vão ao encontro do princípio da incerteza, no qual o conhecimento científico não é o único produtor absoluto de verdades. Utilizando-se do pensamento de Morin,⁹ as interrogações são como oxigênio para qualquer proposta de conhecimento, e o conhecimento é o objetivo primordial da educação.

Nesse sentido, acredita-se que o princípio da incerteza deve perpassar a formação acadêmica do enfermeiro, pois, a partir da interrogação, do estranhamento, da implicação provocada no graduando, há margem para a reflexão. A atitude de estranhamento pressupõe certo distanciamento da realidade, das verdades estabelecidas, não as aceitando de imediato como definitivas sem antes submetê-las à averiguação.

O graduando, ao contestar as ideias recebidas, até então, sem exame, tem possibilidade de conhecer outras evidências existentes, desintegrando o conservadorismo e contribuindo para dissolver o ponto de vista pré-estabelecido do questionador.⁹ A reflexão também poderá ser uma autorreflexão quando o graduando se questiona e busca compreender e conhecer o seu papel no mundo intencionado pela consciência.

Há outras reflexões provocadas pela análise das práticas de cuidado do enfermeiro. Quais são as forças imperativas que ordenam a concentração das práticas de cuidado dos enfermeiros a mulheres e crianças, por exemplo? Existe relação de coerência com o que a população do território assistido considera necessário para ela, tanto individualmente quanto na coletividade? O perfil epidemiológico é considerado ao planejar o cuidado? É sabido que a base da formação do enfermeiro está nas políticas públicas de saúde. Ou seja, o profissional “[...] está submetido a ordenamentos que definem, de forma imperativa, suas formas de agir/pensar na prestação da atenção ou no exercício da clínica”.^{10:532} Como atender, então, ao que se estabelece como atenção prioritária sem, no entanto, torná-la numa forma de submissão do profissional que organiza seu processo de trabalho somente para dar conta do que se cobra em uma política pública e não ao que os demandantes necessitam em seu território de vida?

A formação, ao proporcionar a imersão no fazer cotidiano no espaço do trabalho possibilita que o graduando consiga pensar, analisar criticamente e relacionar teoria e prática de modo a ressignificar o sentido de sua formação e do trabalho. Assim, “a decodificação é a análise e conseqüente reconstituição da situação vivida: reflexo, reflexão e abertura de possibilidades concretas de ultrapassagem. [...] o que antes era fechamento, pouco a pouco vai se abrindo, a consciência passa a escutar os apelos que a convocam sempre mais além de seus limites: faz-se crítica”.^{11:11} O aprender se torna mais importante que o lembrar, memorizar, decorar, pois imprime no graduando sentidos reais vivenciados.

Disparar processos de ensino-aprendizagem pautados na problematização de situações reais existentes no cenário das práticas, com o auxílio do viés da inter-retroação, também contribui ao graduando alcançar um modo de pensar reflexivo. Contudo, em pesquisa realizada a fim de identificar as metodologias de ensino utilizadas por docentes do curso de enfermagem, desvelou-se que os docentes conhecem pouco sobre a metodologia problematizadora e equivocadamente relacionam-na apenas com a realização de estudo de caso e estudos baseados em problemas.¹²

A problematização, por intermédio da reflexão sobre as possibilidades existentes em uma única situação, inclusive àquelas imprevisíveis, implicarão na compreensão da complexidade e, por sua vez, possibilitará na transformação e invenção de outras (novas) práticas de cuidado, dissolvendo aquelas naturalizadas e pautadas no viés biologicista. Abrem-se caminhos para a construção da autonomia profissional.

Para o graduando, na medida em que se torna possível contextualizar as situações existentes e a diversidade de possibilidades, desenvolvem-se a habilidade de previsão, antecipação, e a autonomia para agir de modo a garantir o planejamento em saúde, a agenciar os tipos de recursos e tecnologias disponíveis para a produção de saúde e a prevenção de agravos. É evidente, também, que um dos imperativos da formação acadêmica passa a ser o desenvolvimento da aptidão de organizar o conhecimento, ou seja, pensar,⁹ relacionando-o às informações e atribuindo-lhe sentido frente ao contexto a que se referem.

Determinado autor refere-se a antolhos como “[...] todos os conceitos e afirmações sobre os quais não temos refletido, e que aceitamos como se significassem algo simplesmente porque parece que todo o mundo os entende”.^{13:15} O autor se refere à equivocada afirmação de que é a racionalidade que nos difere dos outros seres vivos, desvalorizando a emoção. As emoções, diferentemente do entendimento de sentimento, são “[...] disposições corporais dinâmicas que definem os diferentes domínios de ação em que nos movemos”.^{13:15} Com isso, a formação (e sua estreita relação com o desenvolvimento de posturas éticas e humanas) deve estar direcionada à construção do conhecimento com o domínio da emoção, pois “[...] não nos damos conta de que todo sistema racional tem um fundamento emocional”.^{13:15}

Dito de outro modo, a formação deve possibilitar abertura ao graduando de refletir e pensar diferentemente do que está instituído, e que este novo pensar incida, sobretudo, no agir profissional, cujas emoções, que devem prevalecer, sejam a ética, o respeito e a responsabilidade. Ao pensar os antolhos do processo formativo nessa compreensão que o autor apresenta é possível lançar outra reflexão: quais são as afirmações e conceitos que permeiam formação de graduandos em enfermagem e que estão repercutindo na sua vida profissional? Em face disso, não se pode aceitar como função finalística e única da formação do enfermeiro o desenvolvimento cognitivo e de habilidades técnicas para o exercício da profissão. Por isso que é preciso pensar o processo formativo sob o viés da dimensão inventiva visto

que, “[...] trabalho e formação podem, também, ser campo de produção de novos possíveis, de fabricação de aprendizes-inventores”.^{4:19}

Acredita-se que seja possível enfrentar o desafio de superar o fazer cotidiano sustentado no caráter pragmático na medida em que se reconhece que há outros elementos interdependentes que compõem as práticas de cuidado, e trabalhar com eles na formação. Porquanto, são as afirmações e conceitos abordados na formação acadêmica que integram as práticas de cuidado primárias, inscritas nos sujeitos, que vão nortear seu modo de pensar e agir, constituindo um *habitus* profissional.

Uma evidência constatada é que a busca pela USF não está sendo a opção preferencial. A atitude de acolhida favorece o estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário e é determinante na busca pelo serviço. Os autores reconhecem que na AB há muito que se fazer para garantir uma prática acolhedora, pois nela se insere uma diversidade de aspectos culturais, valores, de comunicação, expressão e vivências.¹⁴ Tal afirmação converge ao autor do pensamento complexo, quando ele diz que “[...] o ser humano nos é revelado em sua complexidade: ser, ao mesmo tempo, totalmente biológico e totalmente cultural”.^{9:40} Posturas compassivas, acolhedoras e de reverência são necessárias nos diferentes encontros entre profissionais e usuários, de modo a incidir no espaço de trabalho uma nova maneira de produzir cuidado, pois, “[...] quando mudamos de emoção, mudamos de domínio de ação”.^{13:15}

Quanto à dimensão do acolhimento nos serviços de saúde da AB, autores salientam que é preciso investir em dois aspectos: atitudinal e organizativo. Acerca do segundo aspecto, pode-se constatar que, embora haja a supervalorização da rotina, como já destacado anteriormente, não existem, por parte dos profissionais, posturas de avaliação do processo de trabalho desenvolvido na unidade e autoavaliação de suas práticas. A acriticidade em relação à organização, à postura profissional e ao que se executa induz a uma falsa consciência de que o que está sendo feito ao outro aparentemente é suficiente e adequado.¹⁵

A experiência vivida é significativa quando o aspecto sensível é instigado e, assim, a formação deve estimular nos graduandos o exercício da reflexão e produção de um autoconhecer, a descoberta de si, que desvele suas aptidões, habilidades, potencialidades, limites, e outros aspectos, a partir do contato real com o mundo do trabalho. Novamente, a metodologia problematizadora se faz adequada, visto que problematizar a realidade pressupõe em desvelar características, contradições, extrair pro-

blemas e propor soluções,²⁰ no qual o graduando se coloca em posição autônoma da construção do seu próprio processo de ensino e aprendizagem e o docente como facilitador deste processo.

A qualidade da formação não se limita somente à capacitação para o trabalho, mas sobretudo estende-se aos “[...] aspectos relacionados ao modo de viver a vida, a ética na utilização dos conhecimentos e das inovações, a potencialização da formação cultural e política e o resgate da dignidade humana”.^{8:67} Visto isso, a reflexão que se apresenta é: que outros conhecimentos são úteis, e que a formação acadêmica poderá explorar, para que o futuro enfermeiro desempenhe práticas que tenham relevância social a ponto de provocar transformação no espaço de trabalho profissional.

A formação à luz da realidade do trabalho possibilita que o primeiro possa nutrir o segundo por intermédio da construção de conhecimento, e este último, por sua vez, aponte os caminhos para o alcance deste conhecimento. Essa relação de retroalimentação não exclui a ideia de o mundo do trabalho ser, ao mesmo tempo, um espaço de construção de conhecimento. Mas permite, também, que o graduando, na medida em que se encontra inserido no espaço de atuação futura, se sinta parte deste e construa uma postura de responsabilidade, implicação, sensibilidade e de agente pró-ativo, que interfira nos modos instituídos de produzir cuidado.

Com isso, para alcançar modos de cuidar na interface do trabalho em equipe é preciso que a formação se antecipe e incorpore espaços que proporcionem a interdisciplinaridade, fomentando processos de ensino-aprendizagem pautados na grupalidade, cooperação e no diálogo com outras formações, por exemplo. A interdisciplinaridade é um processo de trabalho cuja ação expõe a complexidade da realidade na medida em que há interação (e não soma) de várias disciplinas, existências e saberes, na elaboração de um contexto global que requer intervenção que se refere “a troca e cooperação, e desse modo, transformar-se em algo orgânico”,^{16:50} possibilitando construir vias sustentáveis de mudança na atenção à saúde, pautadas em valores como ética, equidade e integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de cuidado observadas indicam que ainda há uma forte tendência na formação acadêmica de cunho pragmático que supervaloriza as habilidades técnicas-científicas, conhecimentos do fazer e de aspectos cognitivos, deixando para segundo plano as habilidades relacionais, o desenvolvimento de

valores, da consciência cidadã, da responsabilidade social. Em uma perspectiva geral, pode-se dizer que existam certos movimentos de mudança nos espaços que estão em debate: saúde e formação.

Para que se possa alcançar a consolidação do SUS no modo como foi pensado, a formação na saúde precisa estar adequada ao contexto social e político do país. Para compreender a condição de sujeito transformador de uma realidade social, faz-se necessário que a formação desenvolva no graduando as habilidades de reflexão, autorreflexão e protagonismo, de modo que, ao provocar a identificação do graduando com as premissas do projeto de saúde no país – o SUS o futuro profissional de saúde, queira defendê-lo, assumindo postura de implicação e compromisso, sobretudo com a continuidade e avanço do movimento da Reforma Sanitária.

O SUS é o campo fértil, no qual se encontram a formação e a saúde, pois é o maior espaço de formação profissional. A universidade, inserida neste cenário aberto, diverso e com possibilidade de invenção, compartilha e produz seus conhecimentos relevantes à realidade de saúde. Como efeitos desse novo viés formativo, tem-se a transformação das práticas de cuidado e, também, a formação de novos profissionais com consciência de coletividade, aptos a enfrentar a complexidade, ousados para inventar novas práticas e ético-sensíveis-políticos cujo modelo de atenção à saúde a ser alcançado seja o cuidado.

REFERÊNCIAS

- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde [internet]. 2012 [cited 2014 Nov 12]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde [internet]. 2002 [cited 2014 Nov 12]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
- Barreto IS, Krempel MC, Humerez DC. O COFEN e a Enfermagem da América Latina Enfermagem em Foco [internet]. 2011 [cited 2014 Nov 12]; 2(4). Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/195/131>
- Heckert AL, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília (DF): MS; 2010.
- Yin RB. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
- Ceccim, RB, Feuerwerker, LMC. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saúde Coletiva* [internet]. 2004 [cited 2014 Nov 12]; 14(1):. Available from: http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27642?locale=pt_BR
- Grillo MJC, Silva KL, Sena RR, Tavares TS. A formação do enfermeiro e a necessidade de consolidação do sistema nacional de saúde. REAS [internet]. 2013 [cited 2013 Oct 15]; 2(2):. Available from: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/402/408>
- Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 2011.
- Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2009 [cited 2014 Oct 28]; 13(1):. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a06v13s1.pdf>
- Freire P. Pedagogia do oprimido. 57ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2014.
- Paim AS, Iappe NT, Rocha DLB. Metodologias de ensino utilizadas por docentes do curso de enfermagem: enfoque na metodologia problematizadora. *Enfermería Global* [internet]. 2015 [cited 2015 Apr 23]; 37:153-69. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/186291/169011>
- Maturana H. Emoções e linguagem na educação e na política. 3ª ed. Belo Horizonte (MG): Editora UFMG; 2002.
- Haddad JGV, Zoboli ELCP. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. *O Mundo da Saúde* [internet]. 2010 [cited 2014 Oct 28]; 34(1). Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/11_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf
- Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. *Rev RENE* [internet]. 2012 [cited 2014 Oct 28]; 13(2). Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/217>
- Morin E. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios. 6ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 2013.

Correspondência: Gabriela Fávero Alberti
Rua Ramiro Furquim, 801
97700-000 - João Evangelista, Santiago, RS, Brasil
E-mail: g_falberti@hotmail.com

Recebido: 18 de dezembro de 2014
Aprovado: 12 de fevereiro de 2016