



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO DA SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Mestrado Profissional em Atenção Primária a Saúde**

AMANDA APARECIDA CANO

**FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA CUIDAR DE PESSOAS COM
CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DA ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY**

**Rio de Janeiro
Outubro de 2017**

Amanda Aparecida Cano

**FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA CUIDAR DE PESSOAS COM
CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DA ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. (Área de concentração: Atenção Primária à Saúde).

Orientadora: Ivone Evangelista Cabral

Rio de Janeiro

Outubro de 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Cano, Amanda Aparecida

Formação de competências clínicas para cuidar de pessoas com condições crônicas na atenção primária: o caso da Escola de Enfermagem Anna Nery / Amanda Aparecida Cano. - Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2017.

90 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Ivone Evangelista Cabral.

Dissertação (mestrado) – UFRJ, Faculdade de Medicina, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2017.

Referências bibliográficas: f. 79-83.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Competência Clínica. 3. Enfermeiros. 4. Educação em Enfermagem. 5. Doença Crônica. 6. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Cabral, Ivone Evangelista. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde. III. Título.

AMANDA APARECIDA CANO

**FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA CUIDAR DE PESSOAS COM
CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DA ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Area de concentração: Atenção Primária à Saúde
Linha de pesquisa: **Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis**

Aprovada por:

Prof^ª Dr^ª. Ivone Evangelista Cabral (Presidente)
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ – RJ

Prof^ª Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos (1^a Examinadora)
Faculdade de Medicina/UFRJ – RJ

Prof^ª Dr^ª Elizabeth Teixeira (2^a Examinadora)
Faculdade de Enfermagem/UERJ - RJ

Prof^ª Dr^ª Ângela Mendes Abreu (1^a Suplente)
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ – RJ

Prof. Dr^ª. Sonia Acioli de Oliveira (2^o Suplente)
Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ - RJ

Rio de Janeiro
2017

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Rafael e Angélica, por me ensinarem desde cedo o valor da dedicação aos estudos e ao ofício;

Ao meu companheiro Gustavo, pelo apoio e incentivo em todas as etapas desse projeto;

A minha orientadora Ivone, pela disponibilidade e pelas generosas contribuições a construção desse trabalho e a minha formação profissional;

A minha equipe, Luciana, Brena, Claudia e Marianna, também a Stefania, Raphael e João pelo incentivo e compreensão diárias;

As equipes de saúde da família com as quais tiver a oportunidade de trabalhar diretamente, da CF Cantagalo Pavão-Pavãozinho, CMS Carmela Dutra e CF Souza Marques, pelas oportunidades de crescimento profissional e reflexão crítica;

Aos meus amigos Laila, Rogério e Ana Luiza, pelas contribuições e pela acolhida, tantas vezes necessária;

A Aline, pelo apoio de sempre e pela ajuda nas transcrições das entrevistas;

Aos meus colegas de mestrado, em especial Bianca e Michelle, pelos momentos de felicidade e angústia compartilhados ao longo desse caminho;

As enfermeiras e enfermeiros de família do Rio de Janeiro, que são a motivação e inspiração maior desse trabalho.

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.”

Paulo Freire

RESUMO

FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA CUIDAR DE PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

Amanda Aparecida Cano

Orientadora: Prof^a Dr^a Ivone Evangelista Cabral

CANO, Amanda Aparecida. Formação de competências clínicas para cuidar de pessoas com condições crônicas na atenção primária: O caso da Escola de Enfermagem Anna Nery. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. 113p.

Problemática: O cuidado de pessoas com condições crônicas na Atenção Primária a Saúde (APS) exige dos enfermeiros o desenvolvimento de competências clínicas adquiridas ao longo da formação. Este estudo toma como objeto de análise o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Objetivo geral: conhecer as competências clínicas para o cuidado do adulto com condição crônica de saúde, desenvolvidas no ensino de graduação da EEAN, no contexto da atenção primária a saúde. **Objetivos específicos:** Analisar o significado da aprendizagem de alunos do curso de graduação, da Escola de Enfermagem Anna Nery, para a aquisição de competências clínicas no cuidado de pessoas com condições crônicas; Compreender como a aquisição dessas competências se articula e como são contempladas nas estratégias de formação de enfermeiras/os para cuidar dessas pessoas em unidades de atenção primária; Contribuir com o aprimoramento dos componentes de atenção primária à saúde para as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em enfermagem. **Método:** estudo de caso com triangulação de dados procedentes de três fontes: entrevistas com professores e com alunos do Programa Curricular Interdepartamental XIII, análise de documentos institucionais e dos parâmetros legais da graduação em enfermagem. Desenvolveu-se a análise de dados com o método da análise de discurso. **Resultados:** O Projeto Pedagógico do Curso, em desenvolvimento em 2017, tem sua origem no currículo Novas Metodologias implantado na década de 1970. Os pequenos ajustes que ocorreram ao longo do tempo não atendem as Diretrizes Curriculares Nacionais, em vigor desde 2001, e suas especificidades, como o estágio supervisionado e sua contribuição para a

formação de competências clínicas para o cuidado de pessoas com condições crônicas na atenção primária, segundo a aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes. O discurso de anseios reformistas dos alunos e dos professores está alinhado entre si e com a minuta das DCN, atualmente em tramitação no Conselho Nacional de Educação. **Conclusão:** O modelo formativo está orientado para as patologias crônicas, sua epidemiologia e os procedimentos de enfermagem. A formação discursiva de alunos e professores retratou um distanciamento do modelo de cuidar centrado na pessoa, na coordenação do cuidado e na integralidade da atenção a saúde. Urge a necessidade de a Escola realizar mudança no Projeto Pedagógico, incluindo a formação política para o exercício da defesa do Sistema Único de Saúde, como parte do dever do estado para atender o direito a saúde como um princípio fundamental. As competências clínicas precisam ser orientadas pelos princípios da atenção primária para além do atendimento programático e centrado em procedimentos

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde, Educação em Enfermagem, Enfermagem de Atenção Primária, Competência Clínica, Capacitação de Recursos Humanos em Saúde

ABSTRACT

CONSTRUCTION OF CLINICAL COMPETENCIES IN PRIMARY HEALTH CARE FOR THE CARE OF PEOPLE WITH CHRONIC CONDITIONS: THE ANNA NERY'S NURSING SCHOOL CASE

Amanda Aparecida Cano

Supervisor: Professor Ivone Evangelista Cabral, PhD.

CANO, Amanda Aparecida. Construction of Clinical Competencies in Primary Health Care for the Care of People with Chronic Conditions: The Anna Nery's Nursing School Case. Dissertation (Professional Master in Primary Health Care) –São Francisco de Assis Healthcare Institute and Medical School, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. 113 pages.

Problematic: the caring of people with chronic conditions in Primary Health Care (PHC) requires the development of clinical competencies by nurses throughout their formation. This study aims to analyze the Pedagogic Project of the Anna Nery's Nursing School (EEAN) Undergraduate course of the Federal University of Rio de Janeiro. **Main Objective:** to understand the clinical competencies for the care of adults with health chronic conditions, developed at the EEAN's undergraduate course, within the context of primary health care. **Specific Objectives:** to analyze the learning importance of the acquisition of clinical competencies for the care of people with chronic conditions by the students of the undergraduate course of the Anna Nery's Nursing School; comprehend how the acquisition of these competencies are articulated and how they are inserted within the strategies for the formation of nurses for the care of such persons in the primary health care; contribute with the improvement of elements of the primary health care for the new National Curricular Guidelines of the Nursing Undergraduate course. **Methodology:** case study with the triangulation of information deriving from three sources: interview with professors and students of the Interdepartmental Curricular Program XIII, analysis of institutional documents and legal parameters of the nursing undergraduate course. The data analysis has been made based on the discourse analysis methodology. **Results:** the Course's Pedagogic Project, under development in 2017, originated from the curriculum of the New Methodologies implemented in the 1970's. The slight adjustments made throughout the time do not meet the National Curricular Guidelines, in force since 2001, including their specificities, *i.e.* the supervised practice and its contribution for the construction of clinical competencies for the care of people with chronic conditions in the primary health, *vis a vis* the acquisition of knowledge, skills and conducts. Both students' and professors' arguments aiming for reforms are aligned with each other and with the National Curricular Guidelines' protocol, currently under procedural protocol at the National Council of Education. **Conclusion:** the formation model is oriented to the chronic pathologies, their epidemiology and the nursing procedures. The discursive formation of students and professors

has showed a distance from the caring model focused on the people, the caring coordination and the health care completeness. The School urges to proceed with changes in the Pedagogical Project, including the political formation to defend the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde*), as part of the State duties to provide the right to health care as a fundamental principle. The clinical competencies must be guided by the primary health care principles, in addition to the programmatic and procedural focused assistance.

Keywords: Primary Health Care, Nursing Education, Primary Health Care Nursing, Clinical Competency, Qualification of Health Human Resources.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Documentos utilizados como fonte de dados.....	29
Quadro 2: Competências e habilidades para a APS prevista no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da EEAN.....	38
Quadro 3: Conteúdos teóricos abordados na disciplina Enfermagem nos Cuidados Básicos de Saúde.....	45
Quadro 4: Temas de aulas do PCI XIII.....	50

LISTA DE SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFE – Conselho Federal de Educação

CH – Carga Horária

CNE – Conselho Nacional de Educação

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GT – Grupo de Trabalho

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC – Ministério da Educação e Cultura

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCI – Programa Curricular Interdepartamental

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPC – Projeto Pedagógico do Curso

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. Introdução	14
1.1 Objetivo Geral	20
1.2 Objetivos Específicos	20
1.3 Justificativa.....	21
CAPÍTULO 2. Abordagem teórico metodológica	24
2.1 Suporte Teórico.....	24
2.2 Contextualização Histórica Social.....	27
2.3 Trajetória Metodológica.....	30
2.4 Procedimentos éticos adotados na pesquisa	36
CAPÍTULO 3. A Escola de Enfermagem Anna Nery – Currículo e história	37
CAPÍTULO 4. Pilares da competência para o trabalho na APS – discursos de alunos e professores: o caso do curso de graduação em enfermagem da EEAN	48
4.1 Conhecimentos e habilidades nos discursos dos alunos e professores	48
4.2 Formação e ideologia no currículo da Escola	64
CAPÍTULO 5. Recomendações para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem – Nova versão em tramitação	70
CAPÍTULO 6. Conclusão	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO - PROFESSORES.....	84
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO - ALUNOS.....	85
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP1.....	86
ANEXO 2 – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91

CAPÍTULO 1. Introdução

Desde a graduação em enfermagem, concluída em 2007 na Universidade Estadual de Campinas nas modalidades bacharelado e licenciatura, tenho especial interesse pela saúde coletiva e pela formação profissional em enfermagem. Como toda iniciante na carreira profissional, sentia-me insegura para realizar o cuidado clínico e questionava-me a todo o momento sobre as competências que adquiri na minha formação geral durante o curso de graduação em enfermagem, para prestar cuidados às pessoas com condições crônicas, que por si só já vivi situações de vulnerabilidade. A minha pouca experiência prática era uma barreira a ser superada.

Buscando transpor essa barreira, e ao mesmo tempo me aproximar da minha área de interesse, optei por me inscrever na seleção do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública. Essa opção pela residência era uma forma de desenvolver os conhecimentos práticos no meu exercício profissional e de solidificar conceitos teóricos da grande área de saúde coletiva.

Durante o Programa de Residência e, posteriormente, atuando em uma equipe de saúde da família no município do Rio de Janeiro, compreendi mais claramente que, para além da pouca experiência prática, faltavam-me conhecimentos clínicos específicos para cuidar de pessoas com condições crônicas, no contexto da atenção primária, para sustentar uma prática resolutiva, ao adotar intervenções que esses usuários esperavam para seus problemas.

Ao longo de minha trajetória profissional fui agregando esses conhecimentos e habilidades ao conjunto dos meus saberes e práticas, muito pelas trocas de conhecimentos e práticas no dia-a-dia de trabalho com os colegas de outras áreas ou mesmo na leitura de textos sobre cuidados às pessoas na atenção primária à saúde, particularmente aquelas que vivem as condições crônicas. Notava que a minha dificuldade era compartilhada por outras colegas enfermeiras que, muitas vezes, esquivavam-se do cuidado clínico direto ao usuário e envolviam-se no emaranhado das funções gerenciais, típicas do processo de trabalho, mas que podem ser conduzidas por pessoal administrativo.

Estudo desenvolvido por Aued et al (2016) apontou que a experiência profissional é considerada pelos enfermeiros assistenciais como um dos principais meios de desenvolvimento de competências para o exercício do cuidado. Entretanto, ressalta-se que a aquisição dessas competências deve iniciar-se desde o ensino de graduação em enfermagem ao proporcionar ao aluno uma gama de oportunidades de aprendizagem para o seu desenvolvimento profissional. Cabe aos Cursos de Graduação em Enfermagem repensar modos e formas de formar por competências, privilegiando a aquisição de conhecimentos de natureza clínica que respondam às demandas dos usuários da atenção primária, em particular aqueles que vivem as condições crônicas e as situações que expõe essas pessoas às vulnerabilidades.

Competência é compreendida como o desenvolvimento de capacidade de aprender a conhecer (conhecimento), aprender a fazer (habilidades) e aprender a ser (atitudes), segundo a concepção de Perrenoud (2013) a ser mais bem apresentada no capítulo 2 sobre o marco teórico e o percurso metodológico do estudo.

O enfrentamento das condições crônicas e a mudança no perfil sociodemográfico da população brasileira vem exigindo da enfermagem um redirecionamento do *locus* de aquisição dessas competências, deslocando-se do ambiente hospitalar para a atenção primária, de forma a responder as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciando-se pela formação de profissionais de saúde para a atenção primária à saúde (APS).

Nesse sentido, essa pesquisa de dissertação de mestrado situa-se nas fronteiras da atenção integral aos ciclos de vida de grupos vulneráveis e a aquisição de competências no campo da educação e saúde. O processo de formação possui implicações diretas e indiretas sobre a qualidade da atenção integral à saúde dos usuários da atenção primária. Nesse sentido, busca-se estudar ações aprendidas pelos estudantes para prestar cuidados às famílias na APS, particularmente de adultos e idosos que vivem as condições crônicas segundo uma abordagem individual, familiar e comunitária. Portanto, a conformação do aprendizado para prestar cuidados à pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, particularmente daqueles grupos vulneráveis, pode contribuir para aumentar a confiança e segurança desse futuro profissional de enfermagem que se inserirá na equipe de saúde da APS.

As mudanças demográficas, econômicas e sociais pelas quais o Brasil passou nas duas últimas décadas, provocaram mudanças no perfil de saúde e de morbimortalidade da população. O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, a diminuição da fecundidade, as melhorias de indicadores de desenvolvimento social, aliados a avanços tecnológicos na área da saúde modificaram esse perfil, com a redução no número de mortes por causas infecciosas e parasitárias e o aumento do número de casos de enfermidades crônico-degenerativas. (SCHRAMM et al, 2004; PONTES et al, 2009).

O aumento da expectativa de vida, mudanças no modo de vida das pessoas e avanços no tratamento de doenças que antes levavam a morte precoce, hoje, graças a evolução do tratamento, possibilitam as pessoas conviver com o agravo, tornando mais frequente as condições crônicas de saúde (MENDES, 2012).

As condições crônicas, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são aquelas que demandam cuidado contínuo ao longo de anos ou década. Estão incluídas nesta categoria uma variada gama de condições, como as doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmissíveis de longa duração (como HIV/aids), doenças e condições que afetam a saúde mental (depressão e ansiedade) e deficiências físicas como amputações e cegueira (WHO, 2002), condições essas que em geral demandam algum nível de suporte dos serviços de saúde (WHO, 2002; MENDES, 2012).

As mudanças no perfil epidemiológico da população também resultaram em diferenças no perfil de utilização dos serviços de saúde e essa alteração precisa ser acompanhada de reformas na organização da oferta de serviços de saúde, bem como da formação do enfermeiro. Os sistemas de saúde que se organizaram historicamente para lidar com as condições agudas e funcionar sob pressão de uma demanda espontânea, com uso de tecnologias para diagnóstico e intervenção rápidas e expectativa de cura não tem respondido a essas demandas. A procura espontânea do usuário pelo serviço de saúde na resolução de casos agudos revelou-se em um modelo de atendimento não resolutivo e incapaz de assegurar continuidade da assistência às condições crônicas. Nesse sentido, Mendes (2012) defende outro tipo de organização do sistema de saúde para funcionar em rede coordenada pela Atenção Primária a Saúde (APS), onde os serviços possam ser ofertados de forma contínua e interdependente.

Na medida em que as condições agudas diminuem em importância para dar lugar a um aumento das condições crônicas, a rede de serviços de saúde deve responder a essa mudança e organizar-se para atender a nova demanda social. Quando elas não ocorrem de maneira espontânea e equilibrada, temos uma crise nos sistemas de atenção a saúde (MENDES, 2012).

A OMS, em seu relatório “Cuidados de Saúde Primários, agora mais do que nunca” (OMS, 2008) reafirma a necessidade de reforma nos sistemas de saúde do mundo para garantir uma resposta mais efetiva aos problemas de saúde das populações. No contexto global de rápidas mudanças e de grande expectativa por melhores desempenhos, são necessárias mudanças substanciais na forma como os sistemas de saúde são concebidos em todo o mundo. A OMS defende uma reforma baseada nos princípios dos cuidados primários em saúde como forma de tornar os sistemas de saúde mais equitativos, inclusivos e participativos, centrado nas pessoas e promotor de justiça social.

Os países, especialmente da América Latina, tem falhado ao produzir respostas para as questões colocadas, seja na demora em responder as demandas sociais e de saúde de maneira adequada (financiamento inadequado ou com recursos aplicados erroneamente), seja em produzir respostas eficazes a problemas pontuais, sem resignificar e propor mudanças sistêmicas, tanto para a organização do próprio sistema de saúde quanto na articulação com outros setores na elaboração de políticas públicas para a saúde (OPAS, 2014).

Nas Américas, um dos desafios apontados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é a insuficiente oferta de recursos humanos em saúde para a atenção primária. Esta é uma das barreiras que os países necessitam transpor para implementação da cobertura¹ e do acesso universal a saúde. A Organização sugere como estratégia aos países latino-americanos a criação de oportunidades de emprego e melhoria das condições de trabalho aos profissionais da atenção primária, e enfatiza a importância da existência de equipes multiprofissionais adequadamente qualificados. Acesso universal a saúde diz respeito a eliminação de barreiras,

¹ O conceito de cobertura universal é a capacidade do sistema de saúde de atender às necessidades da população, incluindo a disponibilidade de infraestrutura, de recursos humanos, de tecnologias da saúde (inclusive medicamentos e de financiamento). (OPAS, 2014)

sejam elas físicas, geográficas, culturais, de organização ou de gênero, para o acesso equitativo aos serviços de saúde de forma integral (OPAS, 2014).

No que concerne a enfermagem, a Resolução Recursos Humanos para a Saúde: Ampliando o Acesso a Profissionais de Saúde Qualificados em Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde (OPAS, 2013), sugere aos países membros que uma das estratégias para o alcance da cobertura universal seja promover reformas na formação de profissionais que possam atuar na APS, incluindo a formação de enfermeiros de prática avançada.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros e a Rede Internacional de Enfermeiras Profissionais/Prática Avançada de Enfermagem, enfermeiro de prática avançada é aquele que adquiriu a base do conhecimento especializado, capacidade de tomar decisões complexas e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são moldadas pelo contexto ou país em que eles são credenciados para atuar. Para atuar nesse nível, o Conselho recomenda diploma de mestrado (ICN, 2009).

No Brasil, o trabalho do enfermeiro na atenção primária tem se modificado na medida em que se modifica também a forma como estão organizados os serviços e a própria rede de atenção a saúde. A organização do sistema de saúde brasileiro sofreu significativas mudanças nos início dos anos 2000, especialmente após a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que estabeleceu recursos federais para custeio da atenção primária e incentivos financeiros aos municípios para a implantação de equipes de saúde da família (BRASIL, 2006).

Estudo realizado por Galavote et al (2016) utilizando dados coletados na etapa de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade de 2012 indica que a prática profissional do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se tornado mais diversificada, e que se tem incorporado rotineiramente à prática – antes muito marcada por atividades burocráticas – a assistência direta ao usuário, ações de educação em saúde e atividades de gestão.

Estudo com enfermeiros atuantes da ESF realizado por Montenegro e Brito (2011) em Belo Horizonte evidenciou que os profissionais não se sentem preparados para atuar na APS após concluir a graduação, e que buscam apoio de colegas mais experientes e em cursos de pós-graduação para adquirir as competências que necessitam para o desempenho do seu trabalho. Os

profissionais entrevistados ainda acreditam que o tempo da formação dedicado ao ensino da APS foi menor que o tempo dedicado às atividades práticas e teóricas em ambiente hospitalar, especialmente nas instituições de ensino privadas.

Matumoto et al (2011) ao discutir as competências clínicas do enfermeiro na atenção primária destaca que o processo de implantação SUS exigiu uma ressignificação do papel desse profissional e do seu próprio trabalho diante de questões como a integralidade do cuidado e a assistência centrada no usuário, aproximando-o mais da assistência direta. Por sua vez, o enfermeiro, como membro da equipe mínima da ESF, tem encontrado na atenção primária um campo de oportunidade para atuação profissional, tanto clínica como gerencial. Todavia, é necessário demonstrar atitude, conhecimento e habilidades para o desempenho de seu papel.

Em contexto de mudanças, as demandas colocadas ao enfermeiro na atualidade exigem das escolas de enfermagem uma contínua reflexão sobre o ensino ofertado e sobre as habilidades e conhecimentos adquiridos pelo aluno em seu processo de formação.

Esse cenário levou-me ao questionamento de como os conhecimentos, habilidades e atitudes dos alunos tem sido desenvolvidas no ensino de graduação em enfermagem, com vistas a desenvolver competências clínicas para o cuidado do adulto com condições crônicas na atenção primária a saúde. A fim de compreender melhor como esses atributos são e como podem ser trabalhados no curso de graduação, decidimos tomar como objeto de estudo o curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O currículo da EEAN é assunto amplamente investigado na enfermagem e merece destaque por seu papel de protagonista na história da enfermagem brasileira, com a implantação do modelo de formação Nightingaleana, também denominado por modelo anglo-americano. O currículo adotado pela escola em 1923 serviu como modelo para escolas de todo o país até a regulamentação da primeira lei do ensino de enfermagem no país, a Lei nº 775/49 (CARVALHO, 1976). Nesse sentido até o ano de 1949, as escolas de enfermagem que foram criadas seguiram o modelo de currículo da Escola de Enfermagem Anna Nery, então considerada escola padrão. (GALLEGUILLLOS, OLIVEIRA, 2001).

Desde então, as transformações curriculares da Escola seguiram as diretrizes nacionais para a formação de enfermeiros, até o ano de 1978, quando ocorreu a reforma curricular, de caráter revolucionário para a época, necessitando inclusive de um parecer exclusivo do Conselho Federal de Educação (CFE) (COELHO; CARVALHO; GONÇALVES, 1997).

Nessa pesquisa, utilizaremos como **pressuposto** que a aquisição de competências e habilidades clínicas do enfermeiro para o cuidado do adulto com condições crônicas e autonomia de cuidado na atenção primária inicia-se no curso de graduação em enfermagem; entretanto, como estão sendo aplicadas requer uma imersão no modo de ensinar na atenção primária. Tomaremos como caso de estudo o curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Particularmente no ano de 2016, a EEAN encontrava-se em processo de discussão de uma reestruturação do Projeto Pedagógico do Curso (PPC), o que tornou bastante oportuno um estudo aprofundado acerca do desenvolvimento de competências clínicas para o cuidado ao adulto com condições crônicas, no curso de graduação dessa escola. Portanto, a problemática apresentada remete para a necessidade que se investigue, como objeto de estudo, a formação de competências clínicas no curso de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, para o cuidado às pessoas com condições crônicas na atenção primária.

1.1 Objetivo Geral

Conhecer as competências clínicas para o cuidado do adulto com condição crônica de saúde, desenvolvidas no ensino de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, no contexto da atenção primária a saúde.

1.2 Objetivos Específicos

Analisar o significado da aprendizagem de alunos do curso de graduação, da Escola de Enfermagem Anna Nery, para a aquisição de competências clínicas no cuidado de pessoas com condições crônicas;

Compreender como a aquisição dessas competências se articulam e como são contempladas nas estratégias de formação de enfermeiras/os para cuidar dessas pessoas em unidades de atenção primária;

Contribuir com o aprimoramento dos componentes de atenção primária à saúde para as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

1.3 Justificativa

No Brasil, desde a redemocratização do país e da regulamentação do SUS em 1990, assistimos crescentes investimentos na APS e em regulamentações que visam incentivar estados e municípios a expandir suas redes de atenção primária.

Marcos históricos importantes foram a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, um programa de focado na redução da mortalidade infantil e que foi implantado com enorme sucesso no nordeste; e a ampliação do PACS com a incorporação da figura do médico e do auxiliar de enfermagem (a equipe PACS era composta por enfermeiros e agentes comunitários de saúde) concebendo o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (ROSA e LABATE, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica² (PNAB) de 2006³, em seu texto introdutório, apresenta o PSF, agora elevado à categoria de estratégia, como modelo prioritário de organização para a expansão da cobertura de atenção primária no país, posicionamento esse reafirmado pelo estabelecimento de incentivos financeiros a municípios que implantassem equipes de saúde da família.

A cidade do Rio de Janeiro, num movimento que foi denominado “Reforma da Atenção Primária do Rio de Janeiro”, entre os anos de 2009 e 2016 investiu na expansão da cobertura da estratégia de saúde da família e na qualificação profissional das equipes, o incremento no número de equipes foi surpreendente, de 68 em 2010 para 800 em 2014, atendendo a 45% da população do município (de cerca de 6 milhões de pessoas) (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

Esse número significa 800 enfermeiros atuando diretamente em equipes de saúde da família, além de profissionais de enfermagem que atuam na gestão da unidade e realizando apoio

²O Ministério da Saúde, ao definir princípio e diretrizes gerais para a atenção básica na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011), esclarece que nos documentos oficiais os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde são tratados como termos equivalentes.

³ Em 21 de setembro de 2017, a portaria nº 2436, estabeleceu a nova Política Nacional de Atenção Básica, revisando as diretrizes para organização da Atenção Básica no Brasil.

institucional. Mais que um número significativo de profissionais atuantes na ESF, a rápida expansão demanda profissionais habilitados para o trabalho na APS.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2006, ao estabelecer as atribuições dos membros de uma equipe de saúde da família (eSF), determina que são atribuições específicas do enfermeiro realizar atenção a indivíduos e famílias cadastradas nas equipes em todas as fases de desenvolvimento; realizar consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos e realizar encaminhamentos conforme as disposições legais da profissão; realizar atividades programadas e atenção a demanda espontânea (BRASIL, 2012).

Tais atribuições requerem do enfermeiro a capacidade de mobilizar uma ampla gama de conhecimentos e habilidades, como técnicas de educação em saúde e condução de grupos, conhecimentos sobre desenvolvimento neuropsicomotor, domínio de ferramentas de abordagem familiar, teorias de enfermagem, conhecimentos de farmacologia, patologia e semiótica.

Cassiani et al (2015) desenvolveram um estudo participativo que objetivou estabelecer prioridades para pesquisa em enfermagem na América Latina, tendo em vista o acesso e a cobertura universal. O estudo produziu uma lista de tópicos e perguntas de pesquisa para a área da enfermagem que foram considerados relevantes para o contexto contemporâneo dos países latino-americanos. Os tópicos foram divididos em seis categorias: Políticas e educação de recursos humanos em enfermagem; Estrutura, organização e dinâmica dos serviços de saúde; Ciência, tecnologia, inovação e sistemas de informação em saúde pública; Financiamento de sistemas e serviços de saúde; Políticas de saúde, governança e controle social e Estudos sociais em saúde.

O tópico “Políticas e educação de recursos humanos em enfermagem” agregou 30% do total de tópicos considerados relevantes, evidenciando a necessidade percebida pelos países da produção de conhecimento acerca do tema (CASSIANI et al, 2015).

Algumas críticas sobre o modelo clínico, considerado biologicista e limitador, podem ter levado a enfermagem a afastar-se desse modelo com o objetivo produzir o cuidado integral ao seu humano, objetivo esse historicamente perseguido pela profissão. Entretanto, há que se considerar que o exercício da clínica é aspecto fundamental para o desenvolvimento de práticas de saúde, e

que ela é um campo no qual saberes e práticas podem interagir de maneira harmônica contribuindo para a abordagem integral do sujeito (SOUZA et al, 2011).

O distanciamento da enfermagem do modelo clínico fragiliza o conhecimento teórico dos enfermeiros sobre o tema, e inibe a produção científica a respeito dele. Assim, torna-se necessária produção de conhecimentos que fortaleçam o desenvolvimento de competências clínicas dos enfermeiros, o que possibilita que os profissionais atuem com parâmetros e evidências confiáveis. Nesse cenário, a qualidade da formação universitária, seja na graduação ou na pós-graduação, e as oportunidades de desenvolvimento científico merecem lugar de destaque (SOUZA et al, 2011).

CAPÍTULO 2. Abordagem teórico metodológica

2.1 Suporte Teórico

Philippe Perrenoud, ao tratar de competências no ensino, as define como o poder de agir com eficácia em determinada situação, mobilizando e combinando recursos emocionais e intelectuais (PERRENOUD, 2013). Construir competências significa aprender a identificar os conhecimentos necessários para resolver problemas e mobilizá-los de maneira eficaz.

Com base em Le Boterf, Perrenoud (2013) aplica o conceito de competência na educação como saber agir, como atitude competente. Quem age de maneira competente é capaz de mobilizar recursos com a habilidade necessária para resolver um problema concreto. Os recursos mobilizados podem ser tanto recursos externos, como livros, tabelas, anotações e resumos, quanto recursos internos, como teorias, conceitos e conhecimentos teóricos. Podemos considerar recursos internos também valores, princípios e normas apreendidas (PERRENOUD, 2013).

Assim, o profissional competente precisa agir de forma adequada, mobilizando as habilidades desenvolvidas e os recursos (internos e externos) que dispõe para atuar em determinada situação ou problema prático.

Quando tratamos de competências no ensino de enfermagem encontramos uma discussão ainda em curso, tanto no que diz respeito à definição de competências quanto sobre quais as competências devem ser desenvolvidas.

Algumas organizações e instituições reguladoras da enfermagem utilizam definições muito próximas do conceito defendido por Perrenoud. O Nursing and Midwifery Council (2010) define competências como a combinação de habilidades, conhecimentos, atitudes e valores que sustentam práticas e intervenções de enfermagem seguras e eficazes.

A Nursing and Midwifery Board Australia, no documento National Competency Standards for the Registered Nurse (2006), define competência como a combinação de habilidades, conhecimento, atitudes e valores e que apoiam desempenho efetivo ou superior em uma profissão ou área.

Yanhua e Watson (2011) em uma revisão de literatura sobre as competências clínicas para a enfermagem concluiu que ainda não há um consenso no mundo sobre a definição de quais são

as competências clínicas dos enfermeiros. Há diversos estudos que se dedicam a criar padrões de competência gerais ou por áreas de atuação, mesmo as comparações desses padrões é bastante discrepante.

No que diz respeito aos padrões de competência para a enfermagem na APS, Halcomb *et al* (2016) realizou uma revisão de literatura sobre as competências propostas para os enfermeiros de cuidados primários no mundo. Os autores identificaram as seguintes competências para enfermeiros de atenção primária nos documentos revisados: trabalho conjunto, prática clínica, comunicação, profissionalismo, educação, resolução de problemas, promoção da saúde, contexto de trabalho, tecnologia da informação, pesquisa e outros temas. Para as competências de enfermagem generalista, não há consenso sobre a definição de competências clínicas para os enfermeiros de atenção primária, apenas a iniciativa de algumas instituições (General Practice Foundation, New Zealand College of Primary Health Care Nurses, Australian Nurse Federation) de listar habilidades que deveriam compor tal competência.

No Brasil não é prática comum o uso de tabelas indexadas de habilidades e competências para a enfermagem, como ocorre em outras partes do mundo. Segundo Halcomb *et al* (2012) as práticas clínicas da enfermagem na APS no Brasil estão relacionados as ações básicas de saúde pública.

Perrenoud, ao defender a abordagem por competências para a educação formal, exemplifica concretamente a aplicabilidade dessa abordagem a vida prática. Falando da profissão médica, o autor ilustra que para que um profissional seja um médico competente não basta que ele possua um vasto conhecimento sobre a clínica, é preciso que ele consiga mobilizar esses conhecimentos e aplicá-lo aos problemas que se colocam na rotina da profissão (PERRENOUD, 1999).

Concha e Bertoni (2007), ao tratarem da formação por competências, colocam o desenvolvimento de competências na formação profissional como uma resposta às demandas atuais da sociedade do século XXI, numa realidade de grandes avanços científicos e tecnológicos em que as mudanças acontecem de maneira rápida e o profissional precisa ser hábil em manejar conhecimentos.

Dell'acqua, Miyadahira e Ide (2009) ao discutirem a formação do enfermeiro na graduação, consideram que é necessário aproximar a formação do mercado de trabalho e que o desenvolvimento de competências pode funcionar como instrumento eficaz para tal. Destaca ainda que o contexto atual exige profissionais que tenham não apenas flexibilidade técnico-instrumental como também intelectual, para que seja possível uma constante melhoria na produção de bens e serviços.

A abordagem por competências é, ao mesmo tempo, uma resposta a essa demanda (de flexibilização e adequação a realidade local) e a uma demanda contemporânea do mercado de trabalho e da era da informação, que requerem profissionais capazes de se adaptar rapidamente as mudanças e de mobilizar conhecimentos para responder a elas de maneira eficaz.

Os críticos do modelo de formação por competências argumentam que esse modelo de formação, centrado na eficiência e nas necessidades do mercado de trabalho, é um modelo que serve aos ideais do capitalismo e se adequa mais facilmente as instituições privadas de ensino, tornando o ensino mais pragmático e o tempo de formação cada vez mais reduzido (BAGNATO, 2007).

Ressalta-se que a pedagogia do “aprender a aprender” não pode negligenciar a importância do saber científico e tecnológico sistematizado, que são nucleares a formação profissional. É importante ponderar que não se trata de, ao discutir a abordagem por competências, negligenciar a importância dos conhecimentos científicos. Conhecimentos sistematizados são fundamentais para o desenvolvimento de competências, o desafio está em coordenar, com o limite objetivo do tempo de formação, o trabalho isolado dos conhecimentos e o exercício de integrá-los para a construção de uma competência.

É fácil concluir que um currículo conteudista, que privilegie o volume de conhecimentos em detrimento da possibilidade de articulá-los, terá mais dificuldade em proporcionar aos estudantes a oportunidade para o desenvolvimento de competências. Não é possível que as competências sejam transmitidas aos alunos como conteúdos, elas precisam ser desenvolvidas de maneira autônoma pelo estudante através do treinamento e da vivência experimental (PERRENOUD, 1999).

O aprendizado de competências, por sua vez, não pode ser encarado como algo dado que se desenvolve naturalmente pela experiência cotidiana, sobretudo quando se trata do ensino profissional. O estudante precisa, ao longo de sua formação, exercitar as competências profissionais de forma que ao final, seja capaz de articular espontaneamente os conhecimentos na execução de atividades da sua profissão, sejam elas rotineiras ou inesperadas.

A rotina profissional extrapola tudo que possa estar previsto em compêndios e tratados, as sociedades são *conjuntos vagos de ordens negociadas*, os sujeitos exercem sua criatividade de forma autônoma e o mundo está em constante transformação, daí a necessidade da escola (e da formação profissional) ocupar-se em formar sujeitos capazes de responder de maneira eficaz as transformações. A abordagem por competências é antes uma questão de método que de conteúdo. Competências não são ensinadas, são construídas com base em conhecimentos (sejam eles específicos ou genéricos) e por meio da prática.

Essa noção construtivista das competências implica também uma concepção cartesiana de ensino e os modelos tradicionais de currículo acadêmico, que tendem, ainda numa herança flexneriana, a categorizar e hierarquizar conhecimentos. É preciso que o currículo se organize de forma a articular conhecimentos e proporcionar ao aluno a experiência de construir o seu saber profissional de maneira mais autônoma e significativa (DOMENICO; IDE, 2005).

2.2 Contextualização Histórica Social

O primeiro marco legal do ensino de enfermagem no Brasil é a Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949, que institui dois cursos de formação profissional, o curso auxiliar de enfermagem, com duração de dezoito meses e admissão de candidatas com ensino primário; e o curso de enfermagem, com duração de 36 meses e admissão de candidatas com certificado de curso secundário ou equivalente (ginásial, comercial ou curso normal) (BRASIL, 1949). Apenas em 1961 as escolas de enfermagem passaram a aceitar ingressantes com ensino colegial completo, o equivalente ao ensino médio.

O primeiro currículo mínimo de enfermagem foi instituído em 1962 pelo Conselho Federal de Educação (CFE). O currículo proposto estabeleceu um curso com três anos de duração com um quarto ano opcional de especialização, a disciplina de enfermagem em saúde pública era optativa (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Dez anos depois, em 1972, o currículo mínimo de enfermagem foi modificado novamente, e cada modificação o tornava mais voltado à especialização precoce e a formação hospitalar. O documento apresentava um texto introdutório enfatizando a importância de o enfermeiro dominar as chamadas técnicas avançadas em saúde, que seriam consequência da evolução científica (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). O currículo mantém uma estrutura semelhante ao anterior instituindo agora, no quarto ano do curso, a habilitação profissional obrigatória em enfermagem obstétrica, enfermagem médico-cirúrgica ou enfermagem em saúde pública.

As principais críticas ao currículo de 1972 residiam na indução do estudante à especialização precoce e ao predomínio do ambiente hospitalar como campo de prática profissional. Essas críticas ao currículo intensificaram-se na década de 1980, como reflexo do movimento político de redemocratização e das profundas mudanças pelas quais passava o país naquele período.

A Reforma Sanitária Brasileira e a criação do SUS tiveram reflexos sobre os debates a respeito da formação profissional do enfermeiro, o contexto social exigia um profissional de enfermagem que atuasse de maneira mais efetiva no atendimento as demandas sociais da população, um dos principais pontos críticos era a exclusão do ensino de saúde pública do currículo mínimo (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Nesse contexto, iniciaram-se as discussões sobre mais uma reforma curricular. As propostas de mudanças foram amplamente discutidas, não apenas com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), mas também com as Escolas de Enfermagem e com uma Comissão de Especialistas instituída pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) que organizaram seminários regionais e, em 1989, o Seminário Nacional sobre Currículo Mínimo para a Formação do Enfermeiro (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

As discussões resultaram no parecer nº 314, de 15 de dezembro de 1994, do Conselho Federal de Educação (CFE) que propôs um novo currículo mínimo para o ensino de enfermagem. O parecer ampliava a carga horária mínima do curso para 3.500 horas que incluíam 500 horas de estágio curricular, buscava assegurar a participação dos enfermeiros dos serviços na formação dos alunos, estabelecia como conteúdo obrigatório o ensino de Saúde Coletiva e ressaltava a

importância de considerar na formação o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do país (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). O novo currículo mínimo foi instituído pela Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994.

A promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996 reacendeu a discussão sobre a formação profissional no país. A nova lei dava as Instituições de Ensino Superior mais autonomia permitindo a formação de diferentes perfis profissionais de acordo com a vocação de cada instituição. A Lei também enfatizava a necessidade da formação para o mercado de trabalho, ponto que lhe rendeu críticas, e introduzia o conceito de competências para a formação profissional (BRASIL, 1996; DELLAC’AQUA; MIYADAHIRA; IDE, 2009).

Após a promulgação da LDB, o MEC convocou as instituições e os profissionais a discutir as novas diretrizes dos cursos de formação superior no Brasil, na enfermagem esse movimento resultou nos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn) organizados pela ABEN.

Após extensa discussão com profissionais e instituições, em novembro de 2001, são publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN), através da resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação (CNE). A proposta das diretrizes é a formação do enfermeiro generalista, *“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”* (BRASIL, 2001).

As DCN, ao contrário dos currículos mínimos, não estabelecem detalhadamente os conteúdos que devem ser abordados nos cursos, apenas propõem o perfil esperado do egresso, enumeram competências e habilidades a serem desenvolvidas na graduação e listam os conteúdos essenciais sem especificação da carga horária que deve ser dedicada a cada conteúdo.

Como parâmetros objetivos, as atividades de estágio supervisionado devem ter garantida a participação de enfermeiros dos serviços de saúde e corresponder a 20% da carga horária do curso e ao final da graduação o aluno deve elaborar um trabalho de conclusão sob orientação docente.

Após as DCN a resolução nº 4 de 06 de abril de 2009 estabelece as normas para a integralização curricular com tempo mínimo de cinco anos para o curso de graduação em enfermagem, tendo cada ano no mínimo 200 dias letivos, e aumenta a carga horária mínima do curso de 3.500 para 4.000h (BRASIL, 2009).

Apesar das relativamente recentes normas com relação à carga horária dos cursos, as DCN não sofreram alterações significativas nos últimos 15 anos, período em que o sistema de saúde brasileiro passou por mudanças significativas, especialmente no campo da Atenção Primária a Saúde. A ESF já é uma realidade em quase todos os municípios do país e o enfermeiro tem ganhado cada vez mais espaço de atuação e autonomia.

Atualmente está em tramitação no CNE a uma proposta de alteração das DCN, o texto encaminhado ao referido conselho trata-se da terceira minuta das Diretrizes, elaborada após ampla discussão com entidades representativas e lideranças da área da enfermagem com grande protagonismo a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN).

A minuta em tramitação propõe que a formação do enfermeiro seja pauta no processo de aprender a aprender e estabelece alguns fundamentos como a construção coletiva projeto pedagógico, a flexibilidade curricular, a formação humana integral, a predominância da formação sobre a informação, a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, articulação entre teoria e prática e as metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

O texto ainda mantém a obrigatoriedade do estágio curricular supervisionado nos dois últimos períodos do curso com carga horária (CH) correspondente a 20% da CH do curso, e também estabelece duas opções de composição de locais de estágio, que seriam 50% da CH na atenção básica e 50% na atenção hospitalar, ou um terço na atenção básica, um terço na atenção hospitalar e um terço em gerência de serviços de enfermagem. As novas DCN também mantém a proposta de 4.000h de integralização curricular e mínimo de 10 períodos letivos.

2.3 Trajetória Metodológica

Trata-se de um estudo de caso organizacional do curso de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), unidade integrante da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), na cidade do Rio de Janeiro, capital do estado.

Yin (2003) definiu o método de estudo de caso como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são bem definidos”.

O método de estudo de caso é indicado quando se deseja estudar fenômenos em que as condições históricas e contextuais são altamente pertinentes ao objeto de estudo e quando o fenômeno é contemporâneo, situações em que se torna complexo ou impossível separar o objeto de estudo do contexto em que ele está inserido.

Essa característica do objeto determina as formas de coleta dos dados que serão utilizados na pesquisa, uma vez que nem sempre o fenômeno e o contexto podem ser delimitados, utiliza-se uma gama bastante diversa de formas de coleta de dados (YIN, 2003).

Entendendo que o fenômeno contemporâneo tem intrínsecas relações históricas e sociais, haverá muitas variáveis de interesse para explicar o fenômeno e o pesquisador deve utilizar diferentes fontes como forma de reunir evidências que convirjam para um único resultado. Os dados coletados devem ser reunidos de forma a subsidiar as hipóteses previamente construídas pelo pesquisador.

Parte importante de um estudo de caso são as proposições teóricas, que também podem ser entendidas como pressupostos, construídas pelo pesquisador. Elas são como teses que devem ser comprovadas ou refutadas com o desenvolvimento da pesquisa e funcionam como guias para a coleta de dados. As teses defendidas nas proposições são ideias que ainda precisam ser demonstradas ou defendidas, assim se aceita que essas ideias sejam tomadas como verdadeiras mesmo que ainda não tenham sido comprovadas empiricamente, mas que possam ser teoricamente sustentadas como hipóteses (LACERDA; COSTENARO, 2015).

As proposições também auxiliam o pesquisador a manter sua pesquisa dentro o escopo e a responder a pergunta inicial. Outra função importante das proposições é possibilitar a construção da teoria que servirá de base para interpretação e extrapolação dos resultados da pesquisa.

Nas pesquisas de estudo de caso há grande concordância entre os estudiosos do tema sobre a necessidade de uma teoria que embase a construção e o desenvolvimento do estudo,

entretanto essa teoria não está dada e pode ser construída pelo pesquisador no desenvolvimento do seu projeto (LACERDA; COSTENARO, 2015).

Como forma de compreender o objeto de estudo, foi utilizada a técnica de triangulação de dados, pois se partiu do princípio de que não é possível compreender a existência isolada de um fenômeno social sem vinculação com a macrorrealidade social (TRIVIÑOS, 1987). Nesse sentido, é importante que as fontes de dados incluam processos e produtos produzidos pelo pesquisador que contemplem as percepções dos participantes do estudo. Nesse caso, essas percepções foram apresentadas pelos alunos e professores da Escola, pelos elementos produzidos pelo meio em que esses atores sociais estão inseridos, além da inclusão de documentos oficiais, parâmetros legais e documentos produzidos pela instituição e processos que representam a estrutura da instituição-caso dessa dissertação.

Utilizamos nessa pesquisa dados produzidos por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado com alunos que estavam cursando o último período de graduação em enfermagem na EEAN no primeiro semestre de 2017 e com professores desses alunos, responsáveis pelos conteúdos afeitos a APS no último Programa Curricular Interdepartamental⁴ (PCI) do curso (PCI XIII).

A entrevista como técnica de coleta de dados é um diálogo formal que tem uma intencionalidade definida pelo objetivo da pesquisa. Na pesquisa qualitativa, a intenção do pesquisador é obter a compreensão dos entrevistados sobre o assunto em foco através da comunicação verbal e não verbal. Do ponto de vista da estrutura, as entrevistas podem ser estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas. Nas entrevistas semiestruturadas, como as realizadas nesse estudo, o pesquisador utiliza um roteiro com perguntas abertas e fechadas, que permitem ao pesquisador aprofundar-se nas respostas obtidas nas questões de pesquisa, sem perder o foco o objetivo inicial (BONILHA e OLIVEIRA, 2016).

Na entrevista semiestruturada, o pesquisador parte de conhecimentos básicos que interessam a pesquisa, que são apoiados em teorias e hipóteses, e que vão auxiliar o pesquisador na compreensão mais ampla problema a partir das novas reflexões e hipóteses que surgem das

⁴ Os Programas Curriculares Interdepartamentais foram instituídos na graduação em 1978 como forma de garantir a integração curricular, organizando disciplinas e conteúdos de forma agrupada com a participação e docentes de todos os departamentos da Escola no planejamento e execução do programa.

respostas das entrevistas (TRIVIÑOS, 1987). Dessa forma, o pesquisador tem perguntas pré-definidas sobre o tema de estudo, mas pode aprofundar-se em determinados aspectos conforme as respostas e as conexões que faz das falas dos entrevistados.

Foram entrevistados os dois professores do PCI XIII, do quadro de docentes desse PCI que ministram aulas e supervisionam estágios na APS no primeiro semestre de 2017. O roteiro utilizado na entrevista foi construído com base, tanto no referencial teórico da pesquisa, quanto nas informações que o pesquisador já obteve sobre o objeto de estudo. Nesse estudo, utilizamos dois roteiros, um para a entrevista dos professores e um para a entrevista dos alunos. Os roteiros completos podem ser observados nos Apêndices A e B.

Os dois professores entrevistados, identificados como P1 e P2, possuem título de doutor, com tempo de docência, respectivamente sete e 29 anos. O tempo de cada entrevista foi de cerca de 30 minutos.

O roteiro de entrevista dos professores é composto de sete perguntas, sendo quatro de caracterização, que pretendem compreender qual a formação e a experiência profissional dos docentes, e três perguntas sobre o desenvolvimento de competências clínicas.

Os alunos do PCI XIII foram incluídos nas entrevistas, pois, ao cursarem esse programa já foram expostos ao aprendizado de competências clínicas para o cuidado a pessoas com condições crônicas no percurso da formação, seja no campo teórico como da prática clínica. O roteiro de entrevista dos alunos compreende apenas as três perguntas sobre o desenvolvimento de competências clínicas. Sete alunos do PCI XIII, sendo seis do sexo feminino e um do sexo masculino, foram entrevistados entre os meses de março e junho de 2017, no momento em que estavam cursando os estágios curriculares na APS, sob a preceptoria de enfermeiros do campo.

Todas as entrevistas foram realizadas nas dependências da UFRJ, gravadas em meio digital e posteriormente transcritas. Todos os alunos estavam cursando o último período da graduação em enfermagem com previsão de conclusão no mês de julho de 2017. O tempo mínimo e máximo de entrevista foram respectivamente, 13 e 8 minutos. As entrevistas foram realizadas até a saturação teórica dos dados.

Entende-se por saturação a suspensão de novos participantes quando os dados obtidos nas entrevistas passam a se apresentar de forma redundante, ou seja, a continuidade da coleta de dados acrescentará pouco ao material já obtido (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008).

Entre os procedimentos de produção de dados, além da entrevista, adotamos a análise de documentos concomitante às entrevistas para contextualizar o discurso de docentes e alunos do PCI XIII.

A análise de documentos é uma ferramenta importante para compreender o contexto macrosocial de um fenômeno investigado na modalidade de pesquisa estudo de caso único, pois ela permite aprofundar na unidade do caso. Piana (2009), apud Pádua (1997) destaca que a pesquisa documental é realizada a partir de documentos autênticos, sejam eles contemporâneos ou retrospectivos; uma modalidade de análise largamente utilizada nas ciências sociais para descrever e comparar fatos sociais, estabelecendo características ou tendências.

Nessa análise documental foram utilizados os documentos relacionados no quadro 1:

Quadro 1: Documentos utilizados na análise documental.

Lei n° 775, de 6 de agosto de 1949.- Dispõe sobre o ensino de enfermagem no Brasil
Parecer CFE n° 57, de 31 de janeiro de 1983
Resolução CFE n° 4, de 25 de fevereiro de 1972
Portaria n° 1.721, de 15 de dezembro de 1994
Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem. Ano 1997
Ementas das disciplinas dos PCI IV, XI e XIII disponíveis em http://eean.ufrj.br/index.php/graduacao/ementas-dos-programas
Resolução CNE/CES n° 3, de 7 de novembro de 2001 - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem

A escolha pelas ementas das disciplinas que compõe o tripé de cada PCI baseou-se em conteúdos teóricos e práticos que contribuem para o desenvolvimento de competências clínicas para o cuidado de pessoas com doença crônica em cenários da APS. Assim como o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e sua matriz de integração curricular que permitem compreender os pressupostos políticos e ideológicos do currículo. Esses critérios apontaram para análise documental dos PCI IV, XI e XIII.

As diretrizes, leis, regulamentações e pareceres foram utilizados como fonte para contextualizar a macroestrutura social da análise dos dados e fornecer o contexto histórico e social de conformação do currículo.

As transcrições constituíram o corpus textual de análise juntamente com o material da análise documental. Os dados foram analisados à luz do referencial da análise de discurso.

A análise do discurso, segundo Orlandi (2006) se constitui na interlocução de três campos de conhecimento: a linguística, o materialismo histórico e a psicanálise. Em que pese as especificidades de cada campo ou teoria, o que há de interlocução entre todas a não transparência em cada um deles.

O discurso, mais do que transmissão de informação, é efeito de sentido entre os interlocutores. Não há relação linear entre os interlocutores, ambos estão sempre tocados pelo simbólico e os efeitos de sentido da fala sofrem interferência direta de quem são os interlocutores. Dessa forma não há mensagem pura e simplesmente, mas efeitos de sentido entre os interlocutores.

Na análise de discurso, o sujeito e as condições de produção do discurso, ou o contexto em que ele foi produzido, tem papel central. As condições de produção incluem tanto as condições imediatas, como lugar e tempo, como as condições mais amplas que incluem o contexto histórico-social e ideológico (ORLANDI, 2006).

A organização do material das entrevistas e dos documentos consistiu em conferir inteligibilidade e materialidade linguística às falas articuladas com os fragmentos documentais. Os discursos foram organizados e agrupados em objetos discursivos para revelar a formação discursiva dos participantes e a formação ideológica construída na relação com o ensino. Os efeitos de sentido dos enunciados foram capazes de gerar um conhecimento novo sobre o conhecimento, habilidades e atitudes construídas pelos alunos no seu processo formativo na APS., seja por semelhança ou diferenças.

Para Orlandi (2006), na formação discursiva, as palavras mudam de sentido segundo as posições daqueles que a empregam “*tiram seu sentido dessas posições, em relação às formações ideológicas nas quais elas se inscrevem*”. Ela permite compreender o processo de produção de

sentidos, sua relação com a ideologia e dá ao analista possibilidades de identificar a regularidade do discurso.

2.4 Procedimentos éticos adotados na pesquisa

O projeto foi submetido a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde, sendo aprovado pelo parecer número 1.889.321. (Anexo 1)

As entrevistas dos professores e alunos foram realizadas somente após o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2).

Os riscos aos quais foram expostos os participantes foram mínimos e relacionados a constrangimento ou alteração emocional durante a entrevista, não foi necessário interromper as entrevistas em nenhum momento e, até a produção desse relatório nenhum entrevistado retirou sua autorização para o uso dos dados coletados.

Os benefícios dessa pesquisa suplantam os riscos. Entendemos que a mesma contribuirá para a compreensão detalhada dos processos de formação de novos enfermeiros, contribuindo para formação de profissionais mais aptos a corresponder às demandas de saúde da população.

Todos os participantes da pesquisa tiveram a identidade preservada, e o nome substituído por siglas (P1 e P2 e A1 a A7), nos capítulos seguintes dessa dissertação.

CAPÍTULO 3. A Escola de Enfermagem Anna Nery – Currículo e história

A história da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) confunde-se com a própria história da enfermagem Brasileira. Fundada em 1923 como parte do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), denominada Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, passando a denominação atual em 1926, a EEAN é considerada a primeira escola de enfermagem do Brasil dirigida e coordenada por enfermeiros (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Os primeiros movimentos para a formação de enfermeiros profissionais no Brasil surgiram com a proposta da reforma sanitária da década de 1920, que tem como marco a criação do DNSP em 02 de janeiro de 1920 (MASCARENHAS; MELO; SILVA, 2016). O contexto de modernização da saúde pública, que procurava romper com a lógica de polícia sanitária para introduzir estratégias de higiene e educação em saúde, demandava formação de profissionais de saúde para atuar nesse paradigma.

Uma das primeiras iniciativas foi o curso da Escola de Enfermeiros da Inspeção de Profilaxia de Tuberculose, ainda no ano de 1920. Esse curso visava formar mulheres para desempenhar a função de visitadoras sanitárias e era ministrado por médicos sanitaristas. O curso em linhas gerais abrangia temas como anatomia, fisiologia, patologia e microbiologia e não incluía conteúdos específicos do campo da enfermagem. O objetivo do curso era formar enfermeiras-visitadoras que executariam funções de educação em saúde e vigilância higiênica de pessoas acometidas de tuberculose, em um papel complementar ao trabalho do médico (MASCARENHAS; MELO; SILVA, 2016).

Apesar da iniciativa pioneira, o curso de formação de enfermeiras foi considerado insuficiente para a formação de profissionais. Buscando suprir essa deficiência e após conhecer o trabalho das enfermeiras norte-americanas de Saúde Pública, o então diretor do DNSP, Carlos Chagas, firma um acordo de cooperação com a Fundação Rockefeller que resulta na nomeação da enfermeira americana Ethel Parsons para organizar uma escola de enfermeiras no Brasil (MASCARENHAS; MELO; SILVA, 2016).

O primeiro feito de Parsons foi um diagnóstico sobre a situação da enfermagem no país, que a levou a conclusão que não havia no Brasil escolas de enfermeiras que atendessem ao padrão norte-americano.

Apesar da sabida existência anterior de cursos de formação de enfermeiros como o já citado curso da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, o curso da Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira e do curso de enfermagem ministrado pela Escola Alfredo Pinto - esse último ligado ao Hospital Nacional dos Alienados - na avaliação de Parsons esses cursos não proporcionavam uma formação teórica com os conhecimentos específicos do campo da enfermagem e formavam profissionais com um baixo nível de qualificação formal (MASCARENHAS; MELO; SILVA, 2016; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

A proposta de Parsons foi a estruturação de um serviço de enfermeiras no DNSP e a criação de um curso de formação adequado. A Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (EE/DNSP) tinha como pré-requisitos para ingresso ser mulher, ter entre 20 e 35 anos, ser diplomada por escola normal ou ter formação equivalente, estar em perfeito estado físico, mental e de saúde (MASCARENHAS; MELO; SILVA, 2016).

A EE/DNSP iniciou suas atividades em 19 de fevereiro de 1923 com 13 alunas selecionadas.

O primeiro programa de ensino era muito semelhante ao aplicado nas escolas norte americanas e, semelhante ao trabalho do enfermeiro na América do Norte e na Inglaterra, a profissionalização da enfermagem brasileira tinha um caráter de subordinação da profissão médica (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

O programa de ensino concebido em 1923, apesar de ter sido proposto como parte de uma instituição de saúde pública, tinha a formação bastante ligada ao contexto hospitalar semelhante à realidade norte americana, as práticas e os campos de estágio eram majoritariamente em unidades hospitalares.

Na década de 1920, o currículo proposto pelas enfermeiras norte americanas a EEAN foi considerado “padrão” e replicado em outras escolas pelo país, tornando a concepção de ensino da escola muito difundida e dominante entre as escolas que nasciam no Brasil (GALLEGUILLOS;

OLIVEIRA, 2001). O currículo de 1923 sofreu pequenas alterações em 1926, entretanto sem modificações importantes e mantendo o cenário hospitalar como campo predominante de prática.

Mesmo com a instituição do currículo mínimo de 1962, a EEAN manteve-se fiel, com pequenas alterações, ao modelo curricular implantado pelas enfermeiras norte-americanas até meados dos anos 1970, quando se iniciaram as primeiras discussões para a reforma curricular (UFRJ, 1999), impulsionadas pelo projeto do MEC denominado Novas Metodologias.

O novo currículo, denominado Currículo Novas Metodologias, entra em vigor em agosto de 1978 e é composto por 4.215 horas divididas em 185 créditos, com uma proposta de integração curricular mínima de 08 períodos de aula (quatro anos), incluindo os dois últimos períodos de habilitação profissional em Saúde Pública, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Obstetrícia.

O programa curricular “Novas Metodologias” traz a proposta do enfermeiro que se deseja formar:

... é o que possa ter, durante a graduação, oportunidades essenciais ao crescimento profissional contínuo, cujo acontecer se dá, em parte, através do gradativo domínio de competências apropriadas à tomada de decisões, concernentes à sua posição, direitos e prerrogativas como profissional de saúde. Competências essas, não só compatíveis com a prática profissional, mas favoráveis também à educação continuada, recurso que poderá ajudar na superação de dificuldades quanto às mudanças e ao futuro.

(UFRJ, 1999).

Em paralelo a reforma curricular da EEAN, o CFE discutia a resolução n ° 04/72 que instituía um novo currículo mínimo de enfermagem. A despeito do que propunha a resolução do CFE, que estabelecia disciplinas obrigatórias e carga horária mínima de 3.000 horas para a formação do enfermeiro, o currículo Novas Metodologias foi aprovado pelo MEC pelo Parecer 57/83, mesmo com uma estrutura curricular não tradicional.

A reforma curricular iniciada em 1978 já reconhecia a necessidade de formar enfermeiros capazes de articular conhecimentos e apresentar soluções para problemas práticos, reconhece a importância da educação continuada e procura romper com a proposta tradicional mais rígida quanto à conduta profissional esperada e com a fragmentação em disciplinas.

A formação é dividida em cinco etapas denominadas: Saúde, um estilo de vida; Enfermagem na saúde individual e coletiva; Enfermagem em situações hospitalares; A arte de

prestar assistência de enfermagem a pessoas com dificuldades de integração e Profissional de enfermagem e a saúde da comunidade. Cada etapa pode ser composta por uma ou duas unidades curriculares (posteriormente denominadas Programas Curriculares Interdepartamentais) ministradas pelos cinco Departamentos da Escola, de forma integrada:

A proposta de criação das unidades curriculares era uma forma de estimular a integração entre os departamentos e de garantir a formação de enfermeiros que pudessem se adaptar melhor as necessidades da população e ao mercado, com um perfil mais flexível (UFRJ, 1999). A preocupação com a integração curricular perpassa toda a proposta, com o objetivo de garantir esse atributo, o currículo foi elaborado com base em elementos de integração vertical – que garantem a organização sequencial – e elementos de integração horizontal – que permitem que ocorra a interdisciplinaridade dos conteúdos.

Os elementos de integração horizontal, que estão presentes em todas as etapas da formação são: O processo de enfermagem em várias situações-problema; A dimensão histórico-filosófica; A atitude intelectual sintético-analítico-sintética e Problemas de saúde prioritários do país.

Os elementos de integração vertical são elencados hierarquicamente da seguinte forma: 1. Papéis e funções da/o enfermeiro/a; 2. Graus de competência profissional; 3. Relações interpessoais; 4. Objeto da assistência de enfermagem; 5. Âmbitos da prestação de serviços de enfermagem; 6. Etapas do ciclo de vida; 7. Continuum saúde-doença; 8. Níveis da assistência de enfermagem; 9. Níveis de prevenção; 10. Aplicação do método científico a vários processos.

O foco central das cinco etapas do currículo é o trabalho na comunidade, cada fase pretende proporcionar ao aluno uma diferente situação problema. A organização em eixos verticais pretende que os alunos adquiram gradativamente as competências necessárias para atingir o objetivo final da formação, as coletividades e os indivíduos assistidos apresentam graus crescentes de dificuldade para a assistência de enfermagem (coletividades sadias, indivíduos e famílias com desequilíbrio em seu estado de saúde - hospitalizados e não hospitalizados).

Posteriormente, com o objetivo de tornar os conteúdos mais integrados as Unidades Curriculares foram denominadas Programas Curriculares Interdepartamentais (PCI). Os PCI são 13 no total, organizados ao longo dos dez períodos de formação, e compostos por um docente de

cada departamento da EEAN, havendo sempre um docente coordenador do PCI que é responsável pelas atividades administrativas e a direção e supervisão das atividades do programa.

Os PCI tem como elemento nuclear das atividades a metodologia de resolução de problemas e a integração dos diferentes departamentos da escola, ofertando ao estudante mais uma oportunidade de integrar conhecimentos teóricos diversos com a prática profissional.

Como desdobramento do parecer CFE 314/94 a da instituição do currículo mínimo de 1994, a Diretoria da EEAN institui um grupo de trabalho (GT) para discutir as modificações necessárias ao currículo “Novas Metodologias”. O GT propôs apenas alguns ajustes ao currículo vigente, incluindo alguns conteúdos e modificando a denominação de algumas disciplinas, e a supressão das habilitações. O GT entendeu que o currículo vigente já era uma proposta pioneira e contemplava muitas das questões levantadas no novo parecer do CFE como a formação voltada para as necessidades de saúde locais e o desenvolvimento de competências para a tomada de decisões e de crescimento profissional contínuo.

O currículo mínimo de 1994 estabeleceu parâmetros de conteúdos obrigatórios que já faziam parte do currículo da Escola, de forma interdisciplinar, como por exemplo destaca-se a Semiologia e Semiotécnica, administração em enfermagem e estágio curricular supervisionado. Os ajustes sugeridos pelo GT foram incorporados no currículo da escola a partir do segundo período do ano de 1997, desde então o currículo pleno da graduação totaliza 4.390 horas (202 créditos), executados em oito períodos de aulas (UFRJ, 1999).

Em 2005, com a mudança da coordenação do curso de graduação, a EEAN percebeu a necessidade de um diagnóstico acerca da aplicação prática do currículo “Nova Metodologias”. Desse primeiro diagnóstico desdobraram-se discussões com a direção da escola e nos departamentos sobre as propostas de reforma curricular (UFRJ, 2010).

As discussões sobre a proposta de mudança curricular estão em andamento, as principais sugestões feitas pela Comissão de Reforma Curricular versam sobre a mudança do nome do curso de Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia para simplesmente Curso de Graduação em Enfermagem; aumento da carga horária do curso e mudança nas disposições das disciplinas, permitindo curso em meio-período com cinco anos de duração; Criação de um curso de licenciatura em enfermagem oferecido pela escola; Mudança na nomenclatura de algumas

disciplinas; Fusão de disciplinas a fins como forma de flexibilizar o currículo e diminuir pré-requisitos; Criação de instrumentos e ferramentas curriculares que fortaleçam a pretensa integração curricular e possibilitem a articulação mais efetiva dos departamentos e Fomento as atividades de extensão.

Apesar os ajustes curriculares e da proposta de reforma, o PPC que rege a graduação em enfermagem e obstetrícia da EEAN ainda é o que foi proposto em 1978.

Mesmo como as diversas mudanças na legislação que dá diretrizes ao ensino de enfermagem no Brasil ao longo das últimas décadas, o currículo a EEAN sofreu apenas um reajuste em 1997 e o PPC do curso sofreu poucas alterações em sua proposta formativa, sendo a principal mudança a supressão das habilitações profissionais e ajustes de carga horária de disciplinas.

O desenvolvimento de competências é um dos elementos previsto no PPC da EEAN, a proposta formativa da Escola pretende que, ao final do ciclo profissional, o egresso do curso tenha desenvolvido oito principais competências:

1. Evidenciar condutas coerentes com o princípio de que o direito que toda pessoa tem à saúde implica no direito de receber adequada assistência de Enfermagem.
2. Avaliar a inter-relação dos fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais na saúde individual e coletiva.
3. Manifestar atitudes que revelam a convicção de que como membro da equipe de saúde, a enfermeira é responsável pela melhoria do nível de saúde da população.
4. Desenvolver o processo de enfermagem nas situações que envolvem ajuda a indivíduos, famílias, outros grupos da comunidade e à comunidade como um todo.
5. Tomar decisões com base na utilização do método de resolução de problemas.
6. Assumir atitude responsável frente aos fins e aos valores da Escola, da Universidade e das Associações de Classe.
7. Participar de equipe micro-regional de saúde.
8. Estabelecer relações interpessoais produtivas.

UFRJ, 1999

Para cada uma das competências previstas no currículo, há uma lista de habilidades que o aluno precisa desenvolver para alcançá-la. No quadro 2 listamos aquelas que mantem estreita relação com a APS.

Quadro 2: Competências e habilidades para a APS prevista no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da EEAN, 1999

COMPETÊNCIAS	HABILIDADES
<p>Evidenciar condutas coerentes com o princípio de que o direito que toda pessoa tem à saúde implica no direito de receber adequada assistência de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Interpretar as necessidades de um serviço de enfermagem para prestação de uma assistência adequada à clientela; — Mobilizar os recursos humanos de várias procedências (como familiares, acompanhantes, voluntários ou não e estudantes) para a extensão e melhoria da assistência; — Reconhecer o direito de autodeterminação, em questões de saúde que têm as pessoas, os grupos e as comunidades; — Participar da mobilização na família ou de outros grupos da comunidade, para a identificação de problemas, escolha de soluções alternativas e implementação da assistência;
<p>Avaliar a inter-relação dos fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais na saúde individual e coletiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Correlacionar a história natural nas doenças com a importância que têm no panorama sanitário do país; — Analisar os fatores condicionantes da realidade brasileira, relativos à problemática de saúde, situando-se no contexto de cada região; — Analisar os fatores que influenciam na adaptação dos organismos vivos ao seu ecossistema, frente aos fenômenos de desequilíbrio; — Reconhecer as respostas do ser humano às condições fisiológicas, compensatórias e patológicas; — Reconhecer a importância das emoções para o estado de saúde do indivíduo; — Verificar as condições de uma instituição relativa à saúde indicando as medidas necessárias para a prevenção da disseminação das infecções (em coletividade na comunidade);
<p>Manifestar atitudes que revelem a convicção de que como membro da equipe de saúde, a enfermeira é responsável pela melhoria do nível de saúde da população.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Interpretar o papel do enfermeiro e o de cada membro da equipe de saúde; — Reconhecer que o engajamento precoce de doentes e estudantes nos programas do serviço de saúde é necessário a uma adequada formação profissional e ao aperfeiçoamento dos serviços de saúde; — Identificar entre várias situações-problema as que devem ser solucionadas por ações individuais e coletivas; — Divulgar informações que possam contribuir para a melhoria do nível de saúde individual e coletiva;
<p>Desenvolver o processo de enfermagem nas situações que envolvem ajuda a indivíduos, famílias, outros grupos da</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Utilizar os recursos da tecnologia na assistência à clientela, de modo a que não venha a desumanizar a relação enfermeiro-paciente; — Visitar clientes no domicílio, na escola e no local de trabalho; — Dar consultas de enfermagem;

<p>comunidade e à comunidade como um todo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Orientar grupos de clientes com interesse comuns à saúde; — Prestar assistência primária de saúde, solicitar exames de rotina e prescrever medicamentos, segundo normas estabelecidas em programas de saúde; — Prevenir incapacidades; — Contribuir na correção de incapacidades; — Encaminhar a especialistas indivíduos que necessitem corrigir incapacidades; — Proceder à coleta de dados e aos registros necessários ao desenvolvimento do processo de enfermagem; — Utilizar criativamente os resultados da observação sistematizada para resolução de situações-problema; — Executar os procedimentos de enfermagem com os níveis de desempenho esperados e de acordo com a sua natureza; — Avaliar o estado de saúde de pessoas com diversos tipos de problemas de adaptação; — Prescrever cuidados de enfermagem; — Promover ótima atividade física e mental; — Prevenir infecções, acidentes, injúrias ou outros traumatismos;
<p>Tomar decisões com base na utilização do método de resolução de problemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Indicar as possíveis fontes de consulta para o estudo de uma situação específica; — Empregar o método estatístico para dimensionar problemas; — Reconhecer os problemas individuais de saúde que merecem prioridade no atendimento, e por qual membro da equipe multiprofissional deverá ser atendido;
<p>Participar da equipe microrregional de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Coordenar programas de imunização e o trabalho de campo de outros programas
<p>Estabelecer relações interpessoais produtivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Trabalhar produtivamente em equipe intra e interprofissional; — Estabelecer boas relações interpessoais com a clientela, os colegas, os professores, os servidores e demais pessoas.

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem a EEAN. UFRJ, 1999

As competências previstas no currículo demonstram a intenção da escola de formar enfermeiros que sejam comprometidos com questões relevantes para a sociedade e a própria profissão como o direito à saúde, à cidadania, o compromisso com a melhoria da saúde da população e com os valores da enfermagem.

Em que pese a intencionalidade de propiciar aos alunos o entendimento do direito à saúde de todo o cidadão e o papel do enfermeiro na garantia desse direito, o PPC, de 1978, traz marcas do seu tempo, que é anterior ao direito constitucional a saúde, prevista na Constituição Federal de 1988. Portanto, ainda é marcado fortemente por um perfil humanitário e assistencialista.

O marco conceitual do curso, que representa de forma sintética o que desejava o corpo docente da EEAN é um exemplo dessa marca:

A ENFERMEIRA atua como fulcro de um PROCESSO do qual emerge a prática total da ENFERMAGEM entendida como a CIÊNCIA e a ARTE DE AJUDAR a indivíduos, grupos e comunidades, em SITUAÇÕES nas quais não estejam capacitados a prover o AUTOCUIDADO para alcançar seu nível ótimo de SAÚDE. (PPC, UFRJ, 1999)

A enfermagem é definida com a ciência e a arte de ajudar indivíduos, grupos e comunidades. Essa visão assistencialista não condiz com o que se espera de um profissional que compreende a saúde como um direito e a atuação profissional como forma de contribuir para efetivar esse direito constitucional junto a sociedade

Há no currículo da Escola algumas disciplinas que poderiam se dedicar a uma reflexão política sobre o papel do enfermeiro enquanto agente de garantia de direito. Podemos destacar entre elas a disciplina Estudos da História de Enfermagem (6º período), Deontologia da Enfermagem (6º período) e Exercício da Enfermagem (7º período), entretanto, ao analisar as ementas, encontramos uma proposta de estudo de aspectos legais e documentais da profissão, sem articula-las com o direito a saúde e a cidadania. Se essa articulação é feita no cotidiano do ensino, ela acontece por iniciativa do docente e não como uma diretriz formativa prevista em seu PPC.

Mesmo quando se dedica ao ensino das políticas públicas de saúde, como na disciplina Enfermagem nos Cuidados Básicos de Saúde, a abordagem proposta é a da estrutura organizacional do sistema de saúde, como o estudo de portarias e leis que regulamentam a oferta de serviços.

Não é possível observar na estrutura curricular discussões sobre participação social, nem mesmo a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na fiscalização e controle do SUS. Até mesmo no contexto do Rio de Janeiro, onde os serviços de APS contam com Colegiados Gestores Locais em muitas unidades, não se observa esse tema, seja no currículo ou no programa das disciplinas, seja nos discursos dos alunos ou professores.

Como relação aos temas afeitos a APS, podemos observar que apesar do tempo dedicado a disciplinas e atividades práticas nesse contexto ser comparativamente menor que o tempo dedicado a essas atividades no contexto hospitalar, eles estão presentes de forma indireta ao longo da maior parte do curso.

A primeira etapa do currículo denominada “Saúde, um estilo de vida” é desenvolvida entre o primeiro e o terceiro período do curso, os alunos realizam trabalhos na comunidade (escolas, creches, domicílios e locais de trabalho) atuando como universitário esclarecido e realizando diagnóstico simplificado de coletividade e executando um plano de intervenção. Nesse momento os alunos desenvolvem habilidades para realização atividade de promoção e educação em saúde nos mais diversos cenários, como escola, creches, locais públicos, ambientes de trabalho e instituições de saúde das mais diversas.

O contato com os serviços atenção primária inicia-se na segunda etapa, chamada “Enfermagem, saúde individual e saúde coletiva”. Os estudantes desenvolvem atividades em centros de saúde e ambulatórios, atuando como estudantes de enfermagem e realizando diagnósticos simplificados de saúde durante as atividades dos PCI IV e V. Nessa etapa os estudantes tem contato com grupos e indivíduos que acessam as unidades de atenção primária e ambulatórios que são cenários de prática da escola.

A terceira etapa, “Enfermagem em situações hospitalares”, que contém os PCI VI, VII, VIII e IX, desenvolve-se em maternidades, hospitais gerais e especializados e o aluno atua elaborando avaliando e executando diagnósticos simplificados e planos de intervenção em grupo e indivíduos que acessam os serviços em que eles estão inseridos. Durante essa etapa, os alunos não realizam atividades na atenção primária.

Na quarta etapa, os alunos atuam em unidades de saúde especializadas, desenvolvendo atividades em centros de reabilitação e Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Nessa etapa, denominada “A arte de prestar assistência de enfermagem à pessoa com dificuldades de integração”, comporta os PCI X e XI e oferece aos alunos a oportunidade de realizar diagnósticos e executar planos de intervenção mais complexos, além disso, espera-se que o aluno possa fazer planos de intervenção que contemplem aspectos administrativos da organização dos serviços, além as intervenções assistenciais. As atividades práticas do PCI XI são realizadas também em unidade de atenção primária.

Os alunos tem a oportunidade passar mais tempo nas unidades de atenção primária na quinta etapa, denominada “O profissional de enfermagem e a saúde da comunidade”, durante o PCI XIII. Na quinta etapa o profissional está no último período da graduação, espera-se que ele atue em equipes multiprofissionais participando da elaboração de diagnósticos de situação em microregiões de saúde, realizando e executando planos de intervenção na comunidade.

Mesmo após a publicação das DCN em 2001 o currículo da Escola sofreu poucas alterações, sem modificações estruturantes na proposta formativa. A principal alteração das DCN quanto à estrutura curricular do curso de graduação diz respeito à instituição do estágio supervisionado nos dois últimos períodos do curso, perfazendo uma carga horária correspondente a 20% da carga horária total. No caso da Escola, esse estágio não é realizado apenas nos últimos períodos, mas a partir do quinto período até o oitavo, com carga horária total de 855 horas, o que corresponde a carga horária proposta nas diretrizes.

CAPÍTULO 4. Pilares da competência para o trabalho na APS – discursos de alunos e professores: o caso do curso de graduação em enfermagem da EEAN

4.1 Conhecimentos e habilidades nos discursos dos alunos e professores

Na aquisição de competências, segundo Perrenoud (2013), o agir (atitude competente) requer a mobilização de recursos internos (emocionais, intelectuais, valores, princípios e normas aprendidas) e externos (livros, tabelas, anotações e resumos) com habilidade para resolver um problema concreto, de maneira eficaz.

O significado do tempo e as experiências de aprendizagem tem um papel chave na aquisição de conhecimentos e habilidades clínicas na APS, quando os alunos e professores resgatam da memória discursiva suas experiências. Nessa primeira unidade temática, os discursos apontam para dois temas: o tempo e as experiências de aprendizagem na prática clínica no cenário da APS e a formação para o trabalho na APS.

O tempo e as experiências de aprendizagem na prática clínica no cenário da APS

Os alunos, em seu discurso, fazem referência às primeiras experiências práticas nos serviços de atenção primária.

A gente **começa** a ser inserido no mundo (do *serviço*) da atenção primária **no quarto período**. Eu me lembro que *fiquei* duas semanas em duas clínicas da família. É muito pouco, **nosso contato é muito breve e isso prejudica muito**. (A2)

No quarto período *é que* a gente tem o primeiro contato com **o cenário clínico da atenção** primária [...] começa a ter *atividades práticas* [...] a gente foi para o posto de saúde. (A1)

O efeito polissêmico do dito pelo estudante resgata da memória discursiva o pouco tempo de permanência no campo de prática da APS ao longo da graduação, associado à dispersão da experiência em duas unidades de atenção primária. O pouco tempo disponível para as atividades práticas prejudica o desenvolvimento de habilidades, um dos pilares da teoria de competência de Perrenoud. Para mobilizar recursos externos aprendidos em sala de aula, na resolução de problemas da atenção primária, o aluno diz que o pouco contato no cenário clínico da atenção primária nas unidades, em duas semanas não é suficiente para adquirir habilidades para resolver uma questão prática colocada.

A inserção no mundo do serviço e da prática clínica da APS se dá efetivamente nos serviços de atenção primária da cidade do Rio de Janeiro (em Centros Municipais de Saúde ou em Clínicas da Família) no desenvolvimento do PCI IV.

... a inserção dos alunos nos serviços de atenção primária é no quarto período, eles já estão na metade do curso, antes disso os alunos não tem contato com serviços. Eles têm atividades em escolas, os PCI são temáticos, então o tema do PCI I é criança e do PCI II é adolescente. (P1)

O PCI III exige aproximação prática, e a aproximação que os alunos têm é a prática de técnicas de enfermagem (aferação da pressão arterial e de medidas antropométricas) com profissionais (trabalhadores) seja ao ar livre, seja no pátio de alguma empresa [...] nos lugares de passagem [...]. É no quarto período, onde finalmente eles conhecem os serviços de saúde. (P1)

Antes do PCI IV, os alunos realizam atividades educativas e de promoção da saúde em escolas e espaços coletivos, como praças, parques e estações de trem, que são ações de saúde inerentes a APS, porém sem contato direto com a estrutura e o funcionamento do serviço. Essas atividades são realizadas durante o desenvolvimento dos PCI I, II, e III.

Com uma carga horária total de 195 horas divididas em três disciplinas teórico-práticas, o PCI IV é ofertado no quarto período do curso de graduação em enfermagem. As três disciplinas que compõem o PCI são: Diagnóstico Simplificado de Saúde IV, Enfermagem nos Cuidados Básicos de Saúde, Trabalho de Campo IV.

A primeira disciplina, Diagnóstico Simplificado de Saúde, não tem carga horária definida e sua ementa consiste em:

Diagnóstico de saúde da comunidade. Identificação de problemas para o estudo. Diferencial e estrutura. Relevância do tema. Comprovação de práticas de saúde dos objetivos e fases do trabalho científico. Da importância de se contribuir com estudos para o progresso do grupo profissional. (Ementa da disciplina ENWX 04. Disponível em <http://ean.ufrj.br/index.php/graduacao/ementas-dos-programas/4-periodo>)

No entanto, essa disciplina é invisibilizada no discurso dos estudantes e professores.

A disciplina Cuidados Básicos de Saúde proporciona aos alunos a primeira aproximação de enfermagem na APS, tem carga horária total 105 horas, e sua ementa contempla uma parte teórica e aulas práticas em laboratório abordando os temas a seguir:

Política de saúde. Cuidados básicos de saúde. Saúde da comunidade – demandas e serviços assistenciais. Ações de enfermagem em programas de saúde pública. Programa para melhorar o nível de saúde das pessoas e da comunidade. Práticas alternativas de saúde. O enfermeiro face à saúde da população. A história da enfermagem e as políticas sociais no que se refere à saúde pública e a saúde da mulher e da criança. (Ementa da disciplina ENW241. Disponível em: <http://eean.ufrj.br/index.php/graduacao/ementas-dos-programas/4-periodo>).

Esta ementa foi elaborada inicialmente com a proposta do “Currículo Novas Metodologias” na década de 70. Apesar da menção ao tema “Políticas de saúde”, a ementa é pouco específica ao não delimitar quais políticas de saúde devem ser tratadas, além de reduzir o escopo da disciplina quando fala em “Ações de enfermagem em programas de saúde pública”. A ementa, assim como o currículo, foram concebidos nos anos da ditadura quando o SUS sequer havia sido instituído e a não havia uma proposta de organização de serviços de atenção primária tal qual temos atualmente e as ações de saúde pública tinham de fato um escopo limitado.

Entretanto, quando analisamos os conteúdos teóricos previstos no programa da disciplina, notamos que os alunos têm acesso ao conhecimento de atenção primária a saúde como primeiros recursos externos para o desenvolvimento de competências para atuação na APS. No Quadro 3 temos os conteúdos teóricos elencados para a disciplina.

Quadro 3: Conteúdos teóricos abordados na disciplina Enfermagem nos Cuidados Básicos de Saúde

A saúde no Brasil: Paradigmas de saúde; História das políticas públicas de saúde;
Políticas de saúde no Brasil contemporâneo – O Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Estratégia Saúde da Família (ESF);
O acolhimento como uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e gestão do SUS;
Enfermagem nos cuidados básicos de saúde e seus conceitos fundamentais: Saúde pública x Saúde coletiva, Vigilância em saúde e Promoção da saúde;
Consulta de Enfermagem na Atenção Primária: histórico, anamnese, sinais vitais e exame físico nos diversos ciclos da vida;
O Enfermeiro e a prática das ações educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças;
Ações de enfermagem no contexto da ESF, incluindo: Visita Domiciliar, Programa Nacional de Imunizações (PNI) e Rede de Frio, Acolhimento mãe-bebê, Enfermagem na Atenção Integral à Saúde da Criança (Puericultura), Enfermagem e as estratégias para o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial, Enfermagem e as estratégias para o cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus e avaliação do pé do diabético, Enfermagem na atenção integral à saúde da pessoa idosa, Política Nacional de redução de danos em álcool e outras drogas, Enfermagem e as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças: dengue, hanseníase e tuberculose, entre outras, Vigilância epidemiológica e sanitária, Metodologia científica no estudo de problemas da situação da saúde da comunidade assistida, Registros de enfermagem.

Fonte: Manual do PCI IV – Atualizado em fevereiro de 2017

Durante o desenvolvimento dessa disciplina o aluno também tem a oportunidade de discutir conteúdos teóricos que serão de extrema importância para o cuidado clínico prestado pelo enfermeiro, tais como a Consulta de Enfermagem e a Política Nacional de Humanização.

Na terceira disciplina, Trabalho de Campo IV, os alunos desenvolvem experiências em atividades práticas nos serviços de saúde, com carga horária de 90 horas. Conforme o previsto na ementa da disciplina:

Programa de trabalho em grupo de clientes da Unidade de Saúde e da comunidade. Prática de consulta de enfermagem. Cuidados de enfermagem em ambulatórios. Visita domiciliar. Palestras envolvendo ações educativas para o autocuidado. Práticas alternativas de saúde. Organização de Postos de Saúde na comunidade. (Ementa da disciplina Trabalho de Campo IV. Disponível em <http://eean.ufrj.br/index.php/graduacao/ementas-dos-programas/4-periodo>)

O desenvolvimento da ementa tem a intencionalidade de construir competências para trabalhar em grupo com clientes das unidades de saúde e da comunidade, praticar a consulta de enfermagem e visitas domiciliares, prestar cuidados ambulatoriais, realizar atividades educativas para o autocuidado, aplicar práticas alternativas de saúde e atuar na organização de postos de saúde. No entanto, o discurso dos alunos resgata a memória e a experiência com as atividades práticas da disciplina Trabalho de Campo IV que nem sempre vão ao encontro do previsto da ementa da disciplina

Pouco tempo no *cenário* prático [...] *para* vivenciar situações e atividades diversas na clínica *da família*: visitas domiciliares, aplicação de vacina, [...] curativo. O é tempo curto para desenvolver habilidade de raciocínio clínico. (A6)

A gente vai para atenção primária, roda em vários setores [...] curativo, sala de vacina e tudo mais, vê tudo, mas não tem tantos dias para melhorar a prática, entender todo o contexto dessa atenção primária. (A5).

Passei *por um* CMS em Copacabana [...] Lá eu tive mais *contato com os pacientes* na VD e pouquíssimo contato com pacientes *em outros espaços*. *Atuava na* Imunização, *coleta de* preventivo (a gente já começa a ter um contato), consulta de Enfermagem (no caso a demanda espontânea) [...] (A1)

As atividades nos campos de prática são realizadas em unidades de atenção primária a saúde do município do Rio de Janeiro nas regiões do centro e zona sul, no horário da manhã (de 8h as 12h), no curso de duas semanas. Nesse curto tempo de prática clínica, o aluno vivencia situações que requerem visita domiciliar e que exigem o desenvolvimento de habilidades

procedimentais. Entre elas, destacam-se a aplicação de vacina, teste de glicemia e curativos, porém, são diversas atividades que permitem pouco tempo para desenvolver habilidades de raciocínio clínico.

É pouco tempo de estágio na atenção primária [...] o tempo que poderia ficar é comprometido com outras atividades. [...] O tempo que *estamos* atendendo é uma questão a ser revista, 15% a 20% (*da carga horária prática*) de atenção primária e o restante na atenção hospitalar, a gente passa mais da metade da faculdade dentro do hospital e bem menos da metade na atenção primária. (A3)

Não tem nenhum período que a gente passe o período inteiro na atenção primária. (A5)

Os alunos consideram que o tempo dedicado ao ensino dos conteúdos de APS é pouco e comparativamente menor que o tempo dedicado às atividades práticas no cenário hospitalar.

Do total de 4.390h de integração curricular da graduação (incluindo ciclo pré-profissional e profissional), apenas 637h, o equivalente a 15% da carga horária total do curso, são dedicadas a disciplinas que tem como foco principal o trabalho do enfermeiro na APS, enquanto 1.027h (23% da carga horária total do curso) são utilizadas com disciplinas que tem como foco o trabalho do enfermeiro em hospitais e unidade de internação. O tempo dedicado a atividades práticas na APS e o cronograma de atividade devem possibilitar ao aluno o desenvolvimento de habilidades inerentes à atividade profissional do enfermeiro.

Considerando apenas a carga horária de atividades práticas e o estágio curricular em serviços de atenção primária, são 360h ao longo de toda a graduação, o equivalente a 8% da carga horária total do curso. O desenvolvimento de habilidades exige que o aluno seja exposto a oportunidades de aprendizagem na prática e não somente na sala de aula.

Além do pouco tempo objetivamente dedicado as atividades prática da APS, a organização das disciplinas no currículo fragmenta o tempo dedicado ao ensino e a prática da APS na graduação.

O aluno vai ver no quarto período a atenção primária, e depois só no sétimo. O currículo não contempla a atenção primária do início ao fim. Então a fragmentação está no momento nos serviços atenção primária, porque ele (aluno) conhece esse serviço no meio do curso e no fim do curso [...] e fora esses dois momentos ele só vai ter contato com o paciente institucionalizado. (P1)

Durante o tempo que a gente fica no campo, a prática da atenção básica no currículo do curso deixa muito a desejar e é meio quebrada. Tem APS no quarto período, e depois retoma no PCI XI no sétimo período, e agora no PCI XIII. (A2)

O PCI IV é desenvolvido no quarto período concomitante ao PCI V. Durante o quinto período são desenvolvidos os PCI VI e VII que tem como cenário de prática hospitais, o mesmo se repete no sexto período durante o desenvolvimento dos PCI VIII e IX.

No sétimo período do curso, durante o desenvolvimento dos PCI X e XI os alunos desenvolvem atividades práticas em CAPS, ambulatórios de psiquiatria (como o Instituto de Psiquiatria da UFRJ) e unidades de atenção primária. Os alunos retornarão a APS no oitavo período, durante o desenvolvimento do PCI XIII.

Um fato que corrobora para essa fragmentação é a pouca clareza que parece haver, entre os professores, da estrutura curricular e dos conteúdos explorados por outros departamentos da escola. Nos PCI que esse estudo se prontificou a analisar, não foi possível identificar a participação de docentes de todos os departamentos, como é a proposta do PPC.

O PCI XI é composto por três disciplinas: Diagnóstico Simplificado de Saúde XI, Cuidados de Enfermagem a Pessoas em Processo de Reabilitação II e Estágio Supervisionado de Enfermagem E, somando 195 horas de atividades teóricas e práticas, além da carga horária variável da disciplina Diagnóstico Simplificado de Saúde XI. As três disciplinas são ministradas concomitantemente ao longo do período.

A disciplina Cuidados de Enfermagem a Pessoa em Processo de Reabilitação II tem carga horária total de 105 horas, sendo 45 horas de teoria e 60 de prática tem como ementa:

Enfermagem e educação especial. Instituições especializadas. A pessoa excepcional – diagnóstico de saúde. Direitos do excepcional na sociedade moderna. Estigma, desvio e divergência. Cuidados primários – intervenções de enfermagem. Ajuda à família para o autocuidado. Avaliação. A história da enfermagem na assistência às pessoas com dificuldades de integração física, mental e social. (Ementa da disciplina Cuidados de Enfermagem a Pessoa em Processo de Reabilitação II. Disponível em <http://eean.ufrj.br/index.php/graduacao/ementas-dos-programas/7-periodo>)

A ementa disciplina Estágio Supervisionado de Enfermagem E é definida como:

Situações humanas envolvendo clientes com dificuldades de integração psico-biológica. Programa de trabalho. Cuidados primários e educação especial – a visão do enfermeiro. Procedimentos de enfermagem. Palestras educativas para o autocuidado. Orientação e ajuda à família. (Ementa da

Esta disciplina dispõe de 90 horas de atividades práticas realizadas em duas Clínicas da Família da zona norte do Rio de Janeiro e no Centro Integrado de Apoio ao Deficiente (CIAD) Mestre Candeia no centro da cidade.

A ementa da disciplina propõe que os alunos tenham contato com pessoas com necessidades específicas de cuidado de cuidado em saúde, entretanto, no discurso dos alunos não é possível identificar essa especificidade.

Realizei consulta de enfermagem no PCI VI no ambulatório, na APS realizei consulta uma vez no PCI IV. No PCI XI ficamos acompanhando uma enfermeira preceptora é um pouco diferente, tem oportunidade porque a gente ajuda na consulta e criei um pouco mais de confiança (no atendimento). (A1).

O discurso do aluno resgata da memória a experiência prática na APS no PCI XI que é tida como positiva pelo aluno graça a possibilidade de exercício prático, porém a proposta de cuidado a pessoas em processo de reabilitação não se materializa no direcionamento das atividades práticas.

A inserção do enfermeiro preceptor do serviço em sua formação, no discurso do aluno é tida como positiva, pois permite o desenvolvimento de confiança no desempenho das atividades. O aluno identifica a oportunidade de “ajudar” o preceptor, ou seja, de exercitar suas habilidades na realização de consultas de enfermagem.

Formação para o trabalho em APS

No oitavo e último período do curso, as atividades práticas e teóricas são realizadas durante o desenvolvimento do PCI XIII. O PCI XIII é composto pelas disciplinas: O Profissional de Enfermagem e os Serviços de Saúde, Temas Emergente da Prática Profissional, Estágio Supervisionado de Enfermagem F e Estagio Supervisionado de Enfermagem G.

O PCI tem um total de 495 horas teóricas e práticas, que são divididas igualmente com 50% da carga horária para conteúdos teóricos e práticos da área de atenção primária (ministrados por docentes do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública) e 50% de conteúdos teóricos e práticos da área hospitalar. Trataremos aqui os conteúdos e atividades que dizem respeito do bloco da APS.

Os alunos são divididos em duas turmas, de forma que enquanto metade deles está cursando o bloco de atividades hospitalares, a outra metade se dedica as atividades da APS e o tempo de dedicação a cada segmento é exatamente a metade do período.

A disciplina “O Profissional de enfermagem e os serviços de saúde” tem como ementa:

Estuda conteúdos de Administração e Gerência de Serviços de Saúde; política pública de saúde; são privilegiados aspectos relacionados à administração do processo de trabalho da enfermagem em hospitais gerais, ambulatoriais, unidades básicas e maternidades. (Ementa da disciplina O profissional de enfermagem e os serviços de saúde. Disponível em <http://eean.ufrj.br/index.php/graduacao/ementas-dos-programas/8-periodo>)

Conta com carga horária total de 75 horas (divididas entre o bloco hospitalar e o bloco de APS), sendo 45 teóricas e 30 práticas.

Apesar de a ementa apontar para o estudo de temas relacionados a administração e gerência de serviços de saúde e de enfermagem, o cronograma das aulas do PCI não contempla conteúdos afeitos a esses temas, como podemos observar no Quadro 4:

Quadro 4: Temas de aulas do PCI XIII

A visita domiciliar no contexto da ESF
Educação permanente em saúde
Vigilância em saúde no território da ESF

Fonte: Cronograma da disciplina “O profissional de enfermagem e os serviços de saúde”

Além das aulas teóricas expositivas, os alunos realizam também estudos dirigidos sobre temas diversos, de acordo com a seguinte bibliografia:

Campos, CEA; Cohn, A; Brandao, AL. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas.

Morosini, MVGC; Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?

Oliveira, MAC; Pereira, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.

Colomé, JS; Oliveira, DLLC. Educação em Saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem.

Santos, DC; Ferreira, JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde.

Godoy, JSM; Gonçalves, LS; Peres, AM; Wolff, LDG. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras.

Cronograma PCI XIII, 2017

Os textos propostos para os estudos dirigidos tangenciam os temas de administração dos serviços, porém estão no campo mais amplo da macrogestão e das políticas públicas de saúde, dialogando mais com o proposto nas ementas das disciplinas do PCI IV.

Após cursar toda a carga teórica da disciplina os alunos vão a campo realizar as atividade prática dessa disciplina e os estágios das disciplinas Estágio Supervisionado F e G.

As ementas das disciplinas Estágio Supervisionado de Enfermagem F e G são, respectivamente:

Seleção de uma micro-região de saúde. Estudo da viabilidade do diagnóstico de saúde da área programática. Seleção das informações necessárias. Indicadores de nível de vida, sócio-econômico, de nível de saúde e de prestação de serviço; soluções alternativas de problemas de saúde com base na prevalência, gravidade, custos e atitude da comunidade.(Ementa da disciplina Estágio Supervisionado de Enfermagem F. Disponível em <http://eean.ufrj.br/index.php/graduacao/ementas-dos-programas/8-periodo>).

Programa de Políticas Públicas de Saúde. Identificar os problemas e as necessidades básicas de saúde da população com enfoque epidemiológico e sócio-econômico. Desenvolver ações básicas de vigilância epidemiológica como notificação de casos, proteção de grupos susceptíveis e divulgação de medidas preventivas adequadas.” (Ementa da disciplina Estágio Supervisionado de Enfermagem G. Disponível em <http://eean.ufrj.br/index.php/graduacao/ementas-dos-programas/8-periodo>).

As duas disciplinas são ofertadas em conjunto e a carga horária total é de 360 horas de conteúdos práticos, tratamos aqui apenas das 180 horas dedicadas ao estágio supervisionado nas unidades de atenção primária.

Os estágios são realizados em unidades de atenção primária (Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde) na zona norte do Rio de Janeiro, com sete turnos por semana ao longo de sete semanas, somando 150 horas (apesar das 180 horas previstas no currículo).

Segundo a apresentação da disciplina aos alunos, as atividades que eles devem desenvolver nos estágios incluem consultas de enfermagem em diversas linhas de cuidado, avaliação de indicadores de saúde, atividades de educação em saúde e educação permanente.

Ao final do estágio, os alunos devem apresentar um relatório de atividades que inclui, além do relato das atividades realizadas, um panorama dos dados em saúde da unidade, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Observamos que, assim como o cronograma de aulas e atividades teóricas, as propostas de atividades de estágio para os alunos divergem da proposta da ementa das disciplinas, apesar de serem relevantes e estarem em consonância com a realidade dos serviços de saúde do Rio de Janeiro.

O discurso dos alunos sobre as atividades desenvolvidas nos estágios aponta para uma divergência semelhante à encontrada entre os temas estudados em sala de aula e a ementa da disciplina.

No PCI XIII cada aluno fica numa equipe de saúde da família [...] com um enfermeiro para tentar pensar como equipe [...] tem que fazer teste rápido, glicemia, acompanhamento de tuberculose. O enfermeiro faz (tudo) de uma vez, inclusive gerenciar os conflitos interpessoais. (A4)

Durante os estágios no PCI XIII o aluno tem a oportunidade de conviver de forma mais próxima com o enfermeiro da ESF e, pelas características do trabalho desse profissional, nem sempre realiza atividades de administração dos serviços propriamente ditas, entretanto consegue ter uma dimensão mais real do trabalho do enfermeiro na APS.

No PCI XIII, fui ver quem é o gerente [...] Eu estou vendo o que o enfermeiro faz, o que o ACS faz e o que o médico faz na APS, antes eu não tinha de fato essa [...] visão do papel do enfermeiro. (A4)

O estágio do PCI XIII permite ao aluno uma aproximação maior do trabalho do enfermeiro. Graças ao maior tempo dedicado as atividades práticas, os alunos identificam o PCI XIII como um momento de maiores oportunidades para o exercício de habilidades, não apenas executando procedimentos, como consultas e testes rápidos, mas com a possibilidade de melhor compreensão do papel profissional desenvolvido pelos membros da equipe e do papel desempenhado pelo enfermeiro na ESF. A oportunidade de conviver rotineiramente com os enfermeiros possibilita aos alunos desenvolver um terceiro pilar das competências, que a atitude competente.

No PCI IV, às vezes, a gente acompanhava uma glicemia, teste rápido [...] a gente ficava com o professor e nunca via o que o enfermeiro fazia. Na aula (teoria) a gente estudava o papel do enfermeiro, na prática de campo só via o papel do professor. Não tínhamos contato com as diferentes formas de o enfermeiro desempenhar o seu papel na APS. (A4)

A oferta das atividades e a divisão dos alunos nos campos de atividade prática também tem influência direta sobre as possibilidades de exercício prático e, por conseguinte, de desenvolvimento de habilidades.

A possibilidade de estar em contato mais direto com o enfermeiro do campo, mais próximo da realidade do trabalho do enfermeiro na atenção primária, proporciona ao aluno maiores oportunidades de exercício prático dos cuidados clínicos. Na medida em que os enfermeiros preceptores são envolvidos mais diretamente na formação dos alunos, as possibilidades de atuação prática dos alunos aumentam.

A relação de um aluno para um enfermeiro preceptor em uma equipe de saúde da família permite que ele aprenda a pensar como equipe e realizar uma ampla gama de atividades que são realizadas pelos enfermeiros, desde procedimentos, acompanhamento pessoas em tratamento de tuberculose e outros agravos, a gerenciamento de conflitos interpessoais dentro das equipes.

O contexto da escola e do professor é diferente do contexto dos profissionais e dos serviços de saúde. A possibilidade de exercício prático com o preceptor do campo permite ao aluno uma maior aproximação da realidade dos serviços, contribuindo tanto para o desenvolvimento de habilidades, quanto de atitudes, pois o aluno pode exercitar mais livremente papel do profissional, mesmo que ainda sob supervisão.

A participação dos serviços de saúde, e dos profissionais dos serviços, na formação em saúde tem papel central e está prevista na proposta do SUS desde a Constituição Federal, que estabelece que ao SUS compete “ordenar a formação de recursos humanos em saúde” (BRASIL, 2016).

A Lei nº 8.080, de 1990 também estabelece que os serviços que compõem o SUS devem servir de campo de prática para as atividades de ensino e pesquisa, garantindo assim que os alunos nível médio e superior das profissões de saúde possam conviver, desde a formação, com a realidade dos serviços e do trabalho em saúde no SUS.

Podemos listar também uma série de normas e estratégias que servem como direcionadores e incentivadores das parcerias entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde) e as próprias DCN (AUTONOMO et al, 2015).

O enfermeiro preceptor do serviço funciona como elo entre dois lugares – a instituição de ensino e os serviços de saúde – na promoção de uma aprendizagem centrada na realidade. Ao vivenciar a atuação do enfermeiro nos serviços de APS, o aluno reflete sobre o exercício profissional para além da equipe de enfermagem, incluindo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o médico.

Ter competência, saber ser, saber fazer, é mais uma questão de operacionalização. Como que a gente chega a esse objetivo ideal com o sistema de ensino universitário que a gente tem? Como fazer ensino tutorial em turma com 82 alunos? De 2001 (DCN) para cá muita coisa aconteceu, a política de saúde na atenção primária mudou, tem que acompanhar as mudanças. Essa parceria com a rede é mais uma questão de estratégia de aprendizagem, de método. (P2)

O tamanho das turmas de graduação, no discurso do professor, é tido como um obstáculo ao desenvolvimento de competências, pois inviabiliza o ensino tutorial. Parece claro para o professor que a parceria da instituição de ensino com a rede de atenção a saúde, propriamente com os serviços de saúde, é uma premissa para desenvolvimento de competências.

Se a gente conseguir reverter um pouco a lógica de ensino e oportunizar com experiências de prática, com discussão clínica, *a gente* consegue melhorar um pouco mais esse entendimento do enfermeiro. (P2)

Se a gente entende que o processo de ensino-aprendizagem é mais bem sucedido se a gente trazer para cena questões problematizadoras, nós estamos falhando se não trouxermos essas questões (P1)

Os serviços de saúde, no discurso dos professores, tem um papel central no desenvolvimento de competências. Entretanto, ele faz duras críticas aos cenários de práticas que estão expostos os alunos.

O cenário é crítico (ruim). Por mais que a gente queira fazer uma crítica *sugerindo aos alunos*: “Vamos discutir o que vocês já viveram?”, *Toda a discussão* fica: “enfermeiro tem muita coisa para fazer”. Algumas das falas *dos preceptores* são: “O que vocês vivem em sala não é aquilo que acontece”. (P2)

Parece haver um distanciamento entre as discussões acadêmicas e as realidades dos serviços de saúde, mesmo com a inserção cada vez maior dos alunos nos serviços de saúde ainda existem barreiras a serem quebradas.

Essa discussão suscita questionamentos sobre o próprio trabalho no enfermeiro na APS e o quanto estamos, enquanto categoria profissional, preparados para atuar na APS no cenário atual, especialmente na cidade do Rio de Janeiro.

Estamos caminhando [...] para esse modelo de ampliação de cobertura (*da APS*) e do acesso [...] com os enfermeiros sendo mais clínicos. Já se desenhou que em termos de competência clínica nós (*enfermeiros*) estamos aquém [...] do que o usuário precisa [...] no modelo da *Estratégia de Saúde da Família*. (P2)

Nas últimas décadas, a APS no Brasil tem sofrido profundas e rápidas mudanças. Desde a concepção do PACS em 1991 com o enfermeiro desempenhando o papel de supervisor de ACS até o estabelecimento da ESF como estratégia prioritária para a organização da atenção básica no Brasil em 2006 (BRASIL, 2006) e recentemente, no Rio de Janeiro, com a expressiva ampliação de cobertura da ESF na cidade, o enfermeiro tem conquistado cada vez mais espaço de atuação na APS.

Atividades que antes os enfermeiros realizavam em pequena escala e com escopo muito reduzido de ação, como a consulta de enfermagem dentro dos programas de saúde, hoje ocupam grande parte do tempo de trabalho desses profissionais, o que tem impacto direto no papel que os enfermeiros desempenham nos serviços de saúde.

Os alunos compreendem que, uma das competências que precisam desenvolver na graduação, é a de aprender a aprender. O aluno tem consciência de que a preparação para o cuidar do adulto com condições crônicas, no contexto da APS exige evolução e busca constante de conhecimentos.

Eu tenho consciência que não estou preparada para o mundo lá fora, então sempre tem que estar evoluindo e buscando conhecimentos. (A2)

Por outro lado, o efeito polissêmico de um aprendizado contínuo também cria mais confiança no que foi aprendido.

Sem esses estágios (*do PCI XIII*) na APS eu não *teria* o conhecimento prático [...] Eu sinto que me faltam alguns conhecimentos, mas eu não me desespero porque eu consigo me desenvolver e questionar alguém com mais experiência. (A4)

Aprender a aprender, um dos elementos da formação por competência, é incorporado no processo formativo do aluno como a consciência de que é preciso desenvolver-se e que a experiência um atributo que deve ser valorizado, os alunos tem claro para si que o profissional continua evoluindo e buscando conhecimentos ao longo de toda a sua carreira.

O tempo curricular dedicado ao ensino da atenção primária a saúde (15%) é proporcionalmente menor que o tempo de dedicação ao ensino da atenção hospitalar (23%); a prática clínica, ao longo do curso, e o estágio curricular, no último período totalizam 367 horas, 8% da carga horária total do currículo.

Por um lado, historicamente, a formação de enfermeiras no Brasil, inicia-se mais centrada na atenção hospitalar, e esteve imbricada na origem da profissão e das escolas de enfermagem brasileiras. Os cursos de formação de enfermeiras que já existiam no Brasil, antes da fundação da Escola de Enfermeiras do DNSP, eram ligados a hospitais e formavam profissionais para trabalhar nessas instituições (RIZZOTO, 1995). Por outro, enfermeiras visitadoras formadas pelo DNSP, ao atuar na saúde pública do início do século XX, enfrentaram grande resistência da população pela abordagem higienista e tentativa de ensinar as pessoas formas “corretas” de cuidar de suas casas e seus doentes. Paralelo a isso, os hospitais consolidavam-se como locais privilegiados para o cuidado pautado em um paradigma da compreensão do processo saúde/doença através da bacteriologia e do domínio dos processos fisiopatológicos, que se fortalecia e perpetuava como modelo de atenção hospitalar.

Quanto ao ensino de enfermagem, grande parte da legislação que regulamenta a oferta de cursos de formação, em especial os currículos mínimos de 1923, 1949, 1962 e 1972, pretenderam formar enfermeiros para atender às necessidades do mercado de trabalho de sua época, marcada pelo modelo hospitalocêntrico dominante (ITO *et al*, 2006).

Desde a implantação do currículo Novas Metodologias em 1978, na Escola de Enfermagem Anna Nery, o ensino de enfermagem viveu quatro marcos intersetoriais importantes: a Constituição Federal de 1988, o currículo mínimo de 1994, a LDB de 1996 e as DCN de 2001. Ao longo desse tempo, seus eixos fundantes não sofreram quaisquer modificações, a despeito das discussões internas por uma reforma curricular, tornando-a um tema sensível, desafiado e que parece não se aproximar do seu fim.

Quando voltamos nossos olhares para a década de 1970, anterior ao SUS, período em que o currículo da EEAN foi instituído, percebemos enormes diferenças entre as necessidades de formação daquela época e as necessidades contemporâneas. O tempo dedicado ao ensino de enfermagem no contexto dos serviços hospitalares guarda íntima relação com a época, o mesmo pode se dizer sobre o pouco espaço dedicado a discussões político-ideológicas sobre saúde como um direito constitucional fundamental, a participação social na saúde e as instâncias colegiadas de gestão.

Ito *et al* (2006) argumenta que as reformas no ensino da enfermagem sempre tiveram como motivação a necessidade de adequação da profissão as exigências do mercado de trabalho, bem como a necessidade de produzir mudanças que possam levar a formação de profissionais mais adequados a tais exigências. Entretanto, questiona-se: Qual mercado de trabalho o ensino deve se adaptar?

Mesmo com o crescimento do mercado privado de saúde no país, as possibilidades de trabalho no SUS para os enfermeiros tem ampliado em virtude de alguns direcionamentos das políticas públicas de saúde, tais como incentivos federal, estadual e municipal, ampliação da extensão de cobertura da APS etc. (BRASIL, 2006),

Nesse sentido, e em consonância com o disposto nas DCN, o profissional que se deseja formar deve ser capaz de atender as demandas da população; entendo que o lócus principal e prioritário de acesso da população a saúde são os serviços de atenção primária. A necessidade de formar enfermeiros que sejam capazes de atuar nos serviços de atenção primária é, então, uma necessidade que vai ao encontro do que delimita as políticas públicas e as próprias diretrizes curriculares.

Outro tema emergente da formação discursiva dos alunos e professores, diz respeito a disposição das atividades práticas dentro do currículo da escola. Esse é um dos principais pontos de divergência entre o currículo atual e as diretrizes de 2001. Apesar da carga horária prática das disciplinas Estágio Curricular Supervisionado A, B, C, D, E, F e G somadas perfazerem a proporção de estágio exigida pelas diretrizes, as disciplinas são ofertadas de forma dispersa em muitos cenários diferentes e a partir do quinto período da graduação. Somente nos últimos períodos os alunos atuam sob a preceptoria do enfermeiro do campo, com supervisão indireta do professor.

O cumprimento da carga horária de estágio ao longo de quatro períodos e não nos dois últimos, como previsto nas DCN, descaracterizam as atividades de estágio como uma imersão profissional de trabalho em equipe, orientado pelos princípios da APS. Conseqüentemente, esse tempo em horas não permite ao aluno se vincular efetivamente ao campo de estágio e, apesar de ao final da graduação a carga horária de 20% de estágio ser atingida, as atividades práticas não são propriamente de estágio. Na análise do discurso dos alunos e dos professores, observamos que a forma como os estágios são ofertados, de forma dispersa em quatro períodos, não proporciona aos alunos as experiências e o tempo necessário, nos cenários de prática, para o desenvolvimento de raciocínio e julgamento clínico, tomada de decisão, implementação e avaliação de resultados; todos componentes que fundamentam as competências clínicas: conhecimento, habilidades e atitudes.

Em que pese a necessidade de garantir que as atividades práticas sejam acompanhadas de discussões teóricas e vice-versa, é relativamente curto o tempo total de imersão dos alunos nos cenários de prática.

A Lei n.º 11.778, de 25 de setembro de 2008 define estágio como

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.

Além da dispersão da carga horária, a efetiva participação do enfermeiro preceptor só acontece no último período do curso, antes disso o preceptor tem um papel secundário, uma vez que o aluno está todo o tempo sob a supervisão direta do professor.

A participação do enfermeiro preceptor, que também é um elemento presente nas DCN, é destacado pelos alunos como uma potência a formação, o que denota que as diretrizes, pelo menos nesse aspecto, estão em consonância com a percepção dos alunos sobre o que é positivo na sua formação.

4.2 Formação e ideologia no currículo da Escola

Apesar de todas as perguntas da entrevista versarem sobre o cuidado de enfermagem a pessoas com condições crônicas na atenção primária, os alunos e professores entrevistados utilizam em suas respostas o termo “doença crônica”, e em muitos momentos entendem condições crônicas como sinônimo de doenças crônicas, e essas como tratamento de hipertensão e diabetes.

É a partir do PCI IV que a gente começa a trabalhar com usuário na atenção primária, com relação às doenças crônicas. A gente conseguiu realizar o atendimento próprio da consulta de Enfermagem com o portador de diabetes e portador de hipertensão arterial crônica, fazer grupos de educação em saúde também (grupo de hipertensos). (A3)

No terceiro período, quando a gente tem *aulas sobre a temática de “Saúde do trabalhador” [...] o currículo* começa a enfatizar um pouco mais sobre hipertensão. A gente aprende a assistência de saúde em relação às diabetes, hipertensão. (A2)

O termo doença crônica, utilizado especialmente pela epidemiologia, tem relação direta com a etiologia da doença e se contrapõe as doenças agudas transmissíveis. O termo condições crônicas tem uma relação direta com o tipo de uso que o sujeito faz dos serviços de saúde, que é contínuo e duradouro, e demanda do serviço de saúde uma organização que seja capaz de atender a essa demanda (MENDES, 2012).

A recorrência dos termos hipertensão e diabetes no discurso dos alunos tem relação direta com como os conteúdos das condições crônicas de saúde são tratados no currículo no curso. Os alunos resgatam na memória discursiva as experiências de aprendizado teórico ao longo da graduação.

Na atenção primária o foco sempre foi atenção ao diabetes, isso foi desde o quarto período. Primeiro tinha de aula de proteção ao diabetes, só orientação mesmo nos primeiros períodos. No quarto período tivemos uma professora que deu muita atenção ao diabetes [...]. Também tivemos o que é hipertensão e o que ocorre nessa patologia na atenção primária, é sempre focado na orientação que a gente tem que dar para o paciente: alimentação, medicação. (A7)

A memória discursiva dos alunos quanto aos conteúdos teóricos e práticos relacionados as condições crônicas remete quase que exclusivamente a fisiopatologia a ao tratamento da pessoa com hipertensão e diabetes. A proposta de formação profissional para a saúde em consonância com as necessidades de saúde da sociedade não pode ser construída apartada do contexto histórico e social em que ela se desenvolve. Assim, ainda que o currículo Novas Metodologias apresente características de ineditismo para sua época, ele é fortemente influenciado pelas concepções de saúde e organização da rede de atenção à saúde vigentes na década de 1970.

Apesar da Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata, importante marco para a APS no mundo, ter sido realizada em 1978, as discussões sobre os cuidados primários ainda passavam ao largo da organização dos sistemas de saúde no Brasil na década de 1970, que ainda tinha uma cisão institucional com a coexistência do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A concepção ideológica do Currículo Novas Metodologias foi orientada para o modelo de atenção a saúde da época e dava conta para atender a saúde pública e formação para a área hospitalar. Até a criação do SUS em 1988 e sua regulamentação na década de 1990 (Leis orgânicas da saúde N^o 8080 de 19 de setembro de 1990 e 8142 de 28 de dezembro de 1990), as ações de saúde pública possuíam um escopo limitado e um viés programático, mantido pelo Ministério da Saúde. Cabia a gestão e execução da atenção hospitalar e das Policlínicas a lógica de assistência médica da previdência social, que englobava uma diversidade maior de ações de atenção à saúde e oferecia à população a ideia da cura e do restabelecimento da saúde através do acesso a hospitais e a consulta médica (PAIM et al, 2011; LUZ, 1991).

A forte presença no currículo do Curso de Graduação da Escola de conteúdos teóricos focados em agravos específicos, assim como a orientação das atividades a serem desenvolvidas nos campos de prática bastante direcionadas a ciclos de vida específicos, tem forte relação com o contexto do sistema de saúde brasileiro das décadas de 1970 e 1980.

Atuava na Imunização, coleta de preventivo, consulta de Enfermagem. Atenção programática, no caso a consulta de hipertensão eu peguei em demanda espontânea [...] Pré-natal, realizei no PCI V, que é materno-infantil, é mais específico e era realizado na Maternidade Escola (A1).

A partir do PCI IV que a gente começa a trabalhar com usuário na atenção primária, com relação às doenças crônicas. A gente conseguiu realizar consulta de Enfermagem com o portador de diabetes e portador de hipertensão arterial crônica, fazer grupos de educação em saúde também (grupo de hipertensos) (A3).

O ensino com foco em ações programáticas de saúde tem relação direta com o modelo de organização do sistema de saúde que se convencionou chamar de programático. O modelo programático fundamenta-se na biologia e na epidemiologia e concentra a sua atenção em certos agravos, riscos e ou grupos populacionais, deslocados do conceito de integralidade das ações e do cuidado em saúde. Modelos de atenção como esse, em geral, possuem administração vertical com formas e diretrizes estabelecidas e com ações bastante focadas em seguimentos populacionais (PAIM, 2009).

A organização curricular com base nos programas de saúde é um debate que precisa ser iniciado, não é possível a discussão sobre o ensino das competências clínicas na APS e sobre a APS de forma mais ampla sem que se discuta a concepção curricular para atender as demandas e competências clínicas para atuar na APS.

Starfield (2002), no esforço de conceituar e caracterizar os serviços de APS, propõe os atributos essenciais dos serviços de saúde para a APS que são atenção ao primeiro contato com o serviço de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado; orientação familiar e comunitária e competência cultural.

É certo que, para que os serviços de APS possam cumprir com os atributos propostos por Starfield (2002), é necessária uma direção político-administrativa que esteja em consonância com a proposta e a possibilidade um desenho de rede de saúde que a viabilize. Entretanto, o entendimento do profissional de saúde sobre essa proposta estruturante é fundamental para que essa de efetive no dia a dia dos serviços.

Ao analisar as ementas e programas das disciplinas que tem como foco a APS, não observamos discussões mais amplas sobre as concepções da APS e as propostas organizativas do

currículo, as discussões parecem se restringir as normativas instituídas sobre a organização do sistema de saúde e às propostas de políticas públicas.

A ausência desses temas se faz sentir nos discursos dos professores e alunos. O enfoque programático, em especial com relação à hipertensão e diabetes, é tão forte que o aluno parece ter dificuldades de entender que o cuidado a pessoas em outros momentos dos ciclos de vida faz parte do trabalho da APS.

O currículo da Anna Nery, a partir do terceiro período, divide o período em dois [...] Por exemplo, no quarto período, a gente via [...] APS e materno-infantil, que são coisas totalmente diferentes entre elas. (A6)

Em que pese que as entrevistas abordassem o termo “condições crônicas”, os alunos não fazem menção em suas entrevistas a realização de pré-natal ou puericultura na APS, e em alguns momentos parecem entender que esse não é o espaço legítimo para esse tipo de cuidado. A experiência dos alunos com cuidado materno-infantil parece se restringir (ou se concentrar) ao ambulatório e a maternidade escola.

O viés da superespecialização transpassa a formação dos alunos a medida que eles reconhecem em seu discurso a ênfase que o currículo da escola dá em determinado assunto que é foco dos estudos de um grupo de docentes (ou de um docente em específico).

Tem uma atividade de consulta primária no PCI IV e a professora faz uma abordagem mais completa possível do atendimento à pessoa com problema de doença crônica, seja ele diabético ou ele hipertenso, inclusive tem até outras doenças, e a abordagem é muito completa, vai desde a fisiologia, toda a parte da bioquímica que envolve as doenças crônicas, e depois a parte prática mesmo que da abordagem da enfermagem, centrada no usuário, o exame clínico muito detalhado, processo terapêutico. (P2)

A ausência de conteúdos de formação política e de reflexão crítica sobre a profissão se faz presente no não dito, quando os alunos são indagados sobre o que pensam ou desejam para a própria formação. Todos os oito alunos entrevistados disseram desconhecer as DCN quando interrogados sobre, dessa forma nenhum deles pode contribuir com ideias ou sugestões para a formação em enfermagem, limitando-se a opiniões sobre a organização do próprio currículo.

Apesar disso, empiricamente os alunos entendem, quase de unanimemente, que o tempo do currículo dedicado ao ensino da APS (ou atenção básica) deve ser proporcionalmente maior.

Acho que poderia mudar todos os PCI para fazer com que a atenção primária tenha um pouco de destaque, pelo menos em um período, não tem nenhum período que a gente passe o período inteiro na atenção primária, isso ajuda na continuidade, no pensamento crítico daquele local. (A5)

A prática deixa muito a desejar *com relação ao* tempo que a gente fica no campo, e a atenção básica é meio quebrada. Tem APS no quarto período, e depois retoma no PCI XI sétimo período e no PCI XIII [...]. Seria mais satisfatório se fosse do quarto ao sexto período no hospital e os seguintes na atenção básica. (AE2)

Gostaria que a gente tivesse mais um período de atenção básica, ou então que a atenção básica permeasse todo o currículo, de todos os períodos. No sexto período a gente só vê ciclo clínico, com foco em média e alta complexidade, se a gente visse isso também na atenção primária durante toda a graduação teríamos uma matéria para todos os períodos. (A6)

Esse também foi um elemento bastante presente no discurso dos professores do PCI XIII, ao considerar que a inserção dos alunos nos serviços de saúde, e especificamente nos serviços de APS, é um fundamento importante para o desenvolvimento de competências.

Pensar o dialógico das redes de atenção é um debate mais recente [...] para mim a inserção *dos alunos* nos serviços de saúde do início ao fim é um grande marco *na formação*. No caso da Anna Nery [...] essa inserção é fragmentada, não tem como a gente esperar que esse aluno esteja preparado para atuar na atenção primária. (P1)

As diretrizes precisam ser atualizadas, de 2001 para cá muita coisa aconteceu, a política mudou, nós já estamos fazendo *(a segunda)* revisão da PNAB [...]. Como fazer isso no ambiente universitário? É mais uma questão de estratégia de aprendizagem, de método, de parceria com a rede *de atenção a saúde*. (P2).

Os professores compreendem que as DCN precisam estar em consonância com as políticas de saúde propostas para o país e que o ensino profissional precisa se desenvolver em parceria com a rede de atenção a saúde. Apesar do envolvimento dos profissionais dos serviços de saúde e da orientação para a formação de acordo com perfil epidemiológico e das necessidades em saúde locais já estarem contemplados nas diretrizes de 2001, para a EEAN ainda não foram implementadas significativas mudanças que pudessem dar a esses elementos o local de destaque que merece no desenvolvimento do currículo.

O Projeto Pedagógico do Curso, em desenvolvimento em 2017, tem sua origem no currículo Novas Metodologias implantado na década de 1970. Os pequenos ajustes que ocorreram ao longo do tempo não atendem as Diretrizes Curriculares Nacionais, em vigor desde 2001, e suas especificidades como o estágio supervisionado e sua contribuição para a formação de competências clínicas para o cuidado de pessoas com condições crônicas na atenção primária, segundo a aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes. Os discursos de anseios reformistas dos alunos e dos professores estão alinhados entre si e com as propostas das DCN que tramitação no CNE.

CAPÍTULO 5. Recomendações para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem – Nova versão em tramitação

Para a elaboração desse capítulo tomou-se como marco legal de referência a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regulamentou o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Adotou-se também a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, compete ao Sistema Único de Saúde – SUS, entre outras atribuições a de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (inciso III) e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho (inciso VIII), em saúde e seus trabalhadores (profissionais de saúde, entre eles). Esse papel de ordenador na qualificação de trabalhadores para o SUS requer dos dispositivos, que regulam a formação de profissionais, a combinação das necessidades sociais em saúde com as demandas do mundo do trabalho, na aquisição de competência profissional e empenho do pensamento crítico, reflexivo e resolutivo.

Tanto as DCN em vigor como a nova em tramitação contaram com o protagonismo e liderança da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn. Entre as finalidades da Associação, estabelecidas em seu estatuto, destacamos a de promover o desenvolvimento técnico, científico, cultural e político dos profissionais de enfermagem no país e representar os seus associados na defesa pela formulação de políticas de saúde, educação e trabalho, ciência e tecnologia. Dessa forma, cabe a ABEn realizar a análise crítica das propostas que legislam sobre a formação do enfermeiros e trabalhar ativamente na construção de propostas que garantem o desenvolvimento da enfermagem como profissão. As DCN do curso de Graduação em Enfermagem hoje em vigor foram estabelecidas em 2001 e são anteriores às grandes mudanças na estrutura e no financiamento do sistema de saúde, que desde 2006 tem a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para organização dos serviços de APS. O protagonismo que a APS assumiu no sistema de saúde brasileiro na última década, demanda que as instituições formadoras tenham a formação do trabalho em APS como um dos pontos centrais da formação do enfermeiro no Brasil.

Atualmente tramita a minuta da resolução que institui as novas DCN para o curso de Graduação em Enfermagem. Essa nota técnica pretende contribuir para a discussão crítica da Minuta, especialmente no que diz respeito à formação do enfermeiro para atuação na APS. Desse modo, buscou-se relacionar os resultados da dissertação com os preceitos legais de criação do SUS, a PNAB (2017) e a minuta da DCN do Curso de Graduação em Enfermagem, em tramitação no ano de 2017, no Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Educação.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, em seu artigo 2º estabelece que a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária⁵.

Desde 2016 (Decreto nº 8.754, de 10 de maio de 2016), a criação, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de enfermagem passaram a ser previamente analisados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que teve o decreto original alterado no ano de 2017 (Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017).

A oferta de cursos de graduação em Direito, Medicina, Odontologia, Psicologia e Enfermagem, inclusive em universidades e centros universitários, depende de autorização do Ministério da Educação, após prévia manifestação do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil e do Conselho Nacional de Saúde.” (Art 41, seção VIII, Da autorização de Cursos).

O reconhecimento de cursos de graduação em Direito, Medicina, Odontologia, Psicologia e Enfermagem será submetido à manifestação, em caráter opinativo, do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, no caso de curso de Direito, e do Conselho Nacional de Saúde, nos cursos de Medicina, Odontologia, Psicologia e Enfermagem.~ (Art. 51. Seção IX. Do reconhecimento e da renovação de reconhecimento de cursos)

Por conseguinte, a Resolução nº 350 do CNS, de 9 de junho de 2005, regulamenta que o projeto político-pedagógico do curso deve ser coerente com as necessidades sociais, devendo apresentar:

⁵PNAB utiliza os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde – APS como sinônimos.

- inovação das propostas pedagógicas, orientadas pelas diretrizes curriculares, incluindo explicitação dos cenários de prática e dos compromissos com a integralidade, a multiprofissionalidade e a produção de conhecimento socialmente relevante;
- ... formação em equipe de saúde, com práticas de educação por métodos ativos ...
- ... práticas de aprendizagem orientados pela aceitação ativa das diversidades sociais e humanas de gênero, raça, etnia, classe social, geração, orientação sexual e necessidades especiais (deficiências, patologias, transtornos etc.);
- projeto construído em parceria e/ou com compromissos assumidos com os gestores locais do SUS (locorregional);
- compromissos com a promoção do conhecimento sobre a realidade local, seus saberes e práticas e com o desenvolvimento de responsabilidades entre instituição, estudantes, profissionais e realidade local;
- compromisso com o desenvolvimento social, urbano e rural, por meio da oferta de atividades de extensão (inclusão digital, educação popular; ...);
- compromissos com o diálogo entre docentes, estudantes e sociedade;
- responsabilidade social de atendimento às necessidades locais, inclusive nos aspectos relacionados ao acesso a serviços, como espaço científico, cultural, humano e profissional compartilhando seus problemas e projetos.

Nesse sentido, as diretrizes para a formação do enfermeiro devem direcionar as Instituições de Ensino Superior (IES) para a formação de profissionais capazes de atender as demandas da população e de atuar de forma crítica no SUS em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária). Entendemos que o lócus principal e prioritário de acesso da população a saúde são os serviços de atenção primária, a necessidade de formar enfermeiros capazes de atuar nos serviços de atenção primária é, então, uma necessidade clara e justificada.

Os resultados dessa dissertação podem contribuir para a implementação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem, no que diz respeito à aquisição de competências clínicas no cuidado ao adulto com condições crônicas na atenção primária à saúde.

A construção de uma APS resolutiva passa pela compreensão dos profissionais de saúde dos atributos da APS, descritos por Starfield (2012). Dessa forma, a DCN do curso de graduação em enfermagem deve garantir que os alunos incorporem conceitos como a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado e a orientação comunitária e familiar e da organização da Rede de Atenção a Saúde (RAS).

Dessa forma, consideramos de grande relevância que os atributos da atenção primária a saúde constem conteúdos essenciais ao ensino da graduação em enfermagem, precisamente no “CAPÍTULO IV - DOS CONTEÚDOS CURRICULARES E PROJETO PEDAGÓGICO” da proposta das DCN em tramitação. No tópico “IV – CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM”, sugerimos a alteração do parágrafo “c” e forma que os conteúdos referentes aos atributos da APS sejam contemplados.

“c) Gestão e Gerenciamento em enfermagem e saúde: conteúdos teóricos e práticos de administração, políticas de gestão e gerenciamento em saúde e enfermagem, para o planejamento, organização, implementação, avaliação e administração do processo de trabalho de enfermagem, prática de gestão de serviços de saúde e gerenciamento do cuidado de enfermagem. Princípios e diretrizes de organização dos sistemas de saúde, da rede de atenção a saúde e dos sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária a Saúde.”

O cuidado de enfermagem nas condições crônicas de saúde inclui o domínio e manejo de condições crônicas de saúde, em especial de adoecimento, e o domínio de técnicas como a semiologia e a semiotécnica, levantamento da história clínica, a fisiopatologia e a farmacologia. Todos esses conteúdos estão contemplados no “CAPÍTULO IV” da proposta das DCN, entretanto gostaríamos de destacar no tópico IV, parágrafo “a” o ensino do Processo de Enfermagem que deve incluir as etapas de Investigação, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Resultados, Prescrição de Enfermagem e Avaliação da Assistência de Enfermagem. Consideramos esse detalhamento importante, pois o processo de enfermagem é um passo fundamental a efetividade e autonomia da assistência de enfermagem.

a) Fundamentos de Enfermagem: conteúdos teóricos, técnicos e metodológicos que fundamentam a construção e aplicação dos instrumentos e tecnologias inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo; inclui as teorias de enfermagem, a sistematização da assistência de enfermagem, o processo de enfermagem em todas as suas etapas e os sistemas de linguagem padronizadas de enfermagem.

Das demandas de ensino-aprendizagem que os estudantes e professores apresentaram destacam-se, primeiramente, aquelas relacionadas ao tempo necessário para o desenvolvimento do trabalho em equipe e para a aquisição de competências para atuar conforme os princípios da coordenação e da longitudinalidade do cuidado. Tais princípios são fundamentais para que o usuário da rede de atenção primária encontre a resolutividade esperada.

Através do discurso dos alunos e professores compreendeu-se que a imersão no campo de prática profissional e no contexto dos serviços de saúde, fora dos limites da academia, que seja central no processo de ensino-aprendizagem. Os alunos no final do processo formativo consideraram de grande relevância para sua formação o período de prática de estágio com preceptoria dos enfermeiros dos serviços de saúde.

Dessa forma, a proposta das novas DCN em tramitação vai ao encontro da expectativa dos alunos ao instituir no seu artigo 27 o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) obrigatório nos dois últimos períodos do curso, não excluindo as atividades práticas desenvolvidas ao longo da formação. Acrescentamos, entretanto, que esse estágio deve realiza-se preferencialmente em serviços próprios ou conveniados ao SUS, entendendo que a formação em saúde deve ter como prioritária a formação de profissionais de saúde para o SUS.

Art. 27– O Estágio Curricular Supervisionado (ECS) é obrigatório na formação do enfermeiro nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem, e não exclui ou substitui as atividades práticas desenvolvidas ao longo da formação do enfermeiro em cenários diversificados da atenção à saúde. Será desenvolvido na rede de atenção à saúde, preferencialmente em serviços próprios ou conveniados ao SUS, atenção básica, ambulatorial e hospitalar, em unidades e/ou serviços pertencentes à Instituição de Educação Superior (IES) e/ou fora dela, mediante convênios, parcerias ou acordos.

Ainda sobre a realização do ECS e das atividades práticas de ensino, o artigo 31 da proposta das DCN em tramitação estabelece que esse estágio deve corresponder a 30% da carga horária total do curso, sendo 50% na atenção básica e 50% da área hospitalar, ou um na atenção básica, um terço na atenção hospitalar, e um terço na gestão e educação em enfermagem e saúde. Faz-se necessário, entretanto, que se delimite explicitamente o que se entende por “atenção básica” nos termos atualmente utilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), na PNAB, com a inclusão de um Parágrafo 2º no artigo 31:

Parágrafo 2º - Entende-se por atenção básica o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

O artigo 31 define ainda que, na carga horária proporcionalmente dedicada a atenção básica, considera-se as atividades de estágio em urgência e emergência e saúde mental.

Considerando-se a definição de atenção básica adotada pelo MS na atual PNAB (BRASIL, 2017), não pode-se considerar serviços de urgência e emergência de unidades hospitalares ou de unidades pré-hospitalares como serviços de atenção básica, portanto um equívoco conceitual, que implica em menor carga horária na atenção básica e maior na atenção hospitalar.

Entende-se que o atendimento a urgências e emergências em uma população adscrita faz parte do escopo da atenção básica, desde que realizado em unidade de atenção básica com território definido e responsabilidade sanitária delimitada. Dessa forma, e afim de evitar distorções a proposta, sugerimos que a redação do artigo 31 seja alterada, excluindo-se os termos “urgência e emergência” vinculados a atenção básica.

Art. 31 - A carga horária mínima do Estágio Curricular Supervisionado deverá totalizar 30% (trinta por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem, podendo ser assim distribuído: 50% na atenção básica (incluindo ~~urgência e emergência~~ e saúde mental) e 50% na área hospitalar (incluindo urgência e emergência); ou um terço na atenção básica (incluindo ~~urgência e emergência~~ e saúde mental), um terço na atenção hospitalar, e um terço na gestão e educação em enfermagem e saúde. *No caso do Curso de Bacharelado e Licenciatura em enfermagem, a carga horária mínima de Estágio Curricular Supervisionado também contemplará a inserção nas Escolas, seguindo as legislações específicas do campo educacional.*

Ainda com vistas a garantir que o egresso da graduação em enfermagem esteja preparado para atuar nos serviços de atenção básica e, em consonância com a Resolução nº 350 do CNS, as instituições de ensino superior devem proporcionar aos alunos a vivência multiprofissional, tanto em sala de aula quanto nas atividades práticas e estágios.

O artigo 33 da proposta das DCN, que versa sobre o conteúdo dos Projetos Pedagógicos do Curso de graduação, em seu inciso IX, destaca que os Projetos Pedagógicos dos Cursos devem explicitar seu compromisso com a integralidade, a multiprofissionalidade e a produção de conhecimento. Deve-se considerar que apenas a declaração de intenção no Projeto Pedagógico do Curso é uma estratégia indutora bastante frágil e que atividades teóricas e práticas em equipes multiprofissionais devem ser etapa obrigatória da formação do enfermeiro.

CAPÍTULO 6. Conclusão

Este trabalho buscou conhecer as competências clínicas para o cuidado do adulto com condição crônica de saúde na APS desenvolvidas no ensino de graduação através do estudo de caso da EEAN. O pressuposto dessa pesquisa, que as competências e habilidades clínicas do enfermeiro para o cuidado do adulto com condições crônicas e autonomia de cuidado na atenção primária são desenvolvidas no curso de graduação em enfermagem; mostrou-se parcialmente presente no processo formativo. Por sua vez, a imersão no currículo da Escola revelou que, apesar de os conteúdos da APS localizarem-se transversalmente, ao longo da graduação, eles não ocupam todo o espaço que poderiam na integralização curricular.

O modelo formativo está orientado para as patologias crônicas, sua epidemiologia e os procedimentos de enfermagem. A análise de documentos e dos discursos de alunos e professores contribuíram para compreender os múltiplos efeitos de sentidos, não ditos, suas formações discursivas e ideológicas, que atravessam todo o processo formativo e a aquisição de competências. Particularmente, na clínica do cuidado de pessoas com condições crônicas na APS, o modelo de formação estruturado na década de 1970 não atende as necessidades de saúde contemporâneas. De fato, a formação discursiva de alunos e professores retratou um distanciamento do modelo de cuidar centrado na pessoa, na coordenação do cuidado e na integralidade da atenção a saúde.

A transformação pela qual passou o sistema de saúde nas últimas décadas exige que as instituições formadoras estejam atentas para as demandas, tanto do SUS quanto do mercado de trabalho de forma mais ampla. O fomento financeiro e legislativo a ampliação da APS no país colocou a ESF como um grande campo de atuação de enfermeiros, ao mesmo tempo em que as mudanças no perfil sociodemográfico têm exigido dos enfermeiros cada vez mais habilidades para o cuidado de pessoas com doenças crônicas, em qualquer nível de atenção do sistema de saúde.

As bases legais para a formação em enfermagem sofreram diversas e significativas mudanças desde a concepção do currículo da EEAN, assim como as bases legais e institucionais sobre as quais se estruturam os serviços de saúde no Brasil. Já o currículo da Escola passou apenas por um reajuste em 1997, assumindo a linguagem de PPC sem alterações substanciais.

A estrutura do currículo Novas Metodologias, no que diz respeito à divisão da carga horária entre os conteúdos, a oferta de atividades práticas e o período mínimo de integralização curricular já estão em desacordo com as recomendações da DCN de 2001. A integralização curricular em oito períodos e a dispersão da carga horária do estágio supervisionado em quatro períodos são elementos da estrutura do currículo que precisam ser modificados para atender as determinações legais.

A participação efetiva do enfermeiro preceptor na formação através da supervisão do aluno no período de estágio supervisionado é um fator que foi apontado pelos entrevistados como fundamental para o desenvolvimento de competências. A participação direta do enfermeiro supervisor com orientação do docente é garantida apenas em duas das seis disciplinas de Estágio Supervisionado, que como já dito acima não atendem a recomendação de CH proporcional estabelecida nas DCN.

A terceira minuta das DCN, que está em tramitação no CNE, está em consonância com as sugestões de alunos e professores que os estágios tenham sua carga horária dividida igualmente em cenários de APS (chamados na minuta de atenção básica) e cenários de atenção hospitalar.

Os conteúdos programáticos previstos, especialmente o carácter técnico-burocrático observado nas disciplinas que se propõem a discussão sobre a organização do sistema de saúde, pouco contribuem para a formação de profissionais engajados na defesa do direito a saúde e capazes de se posicionar criticamente frente a políticas públicas de saúde ou de formação em saúde.

Os alunos, quando indagados sobre a própria formação, pouco puderam contribuir com a discussão da proposta formativa, atendo-se quase que exclusivamente as questões de distribuição da CH entre os conteúdos. Houve ainda uma confusão conceitual entre os termos “condições crônicas” e “doenças crônicas”.

As dificuldades e fragilidades do currículo levantadas por alunos e professores podem, em grande parte, ser superadas apenas com o cumprimento das determinações das DCN de 2001 ou com a proposta das DCN em discussão. Entretanto, faz-se necessário um intenso trabalho interno da Escola com toda a sua comunidade, que deve refletir sobre seus valores, sua missão formativa

e sobre quais ideais de sociedade e de profissão deseja fomentar em seus alunos, funcionários e professores.

Urge a necessidade da Escola realizar mudança no seu Projeto Pedagógico, incluindo a formação política para o exercício da defesa do Sistema Único de Saúde, como parte do dever do estado para atender o direito a saúde como um princípio fundamental. As competências clínicas precisam ser orientadas pelos princípios da atenção primária para além do atendimento programático e centrado em procedimentos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Estatuto. Disponível em http://www.abennacional.org.br/download/Estatuto_ABEn_.pdf. Acesso em 19 de março de 2018.

AUED, GK et al. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v. 69, n.1, p. 142-9, jan-fev 2016

AUTONOMO, FROM; HORTALE, VA; SANTOS, GB; BOTTI, SHO. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: n.39, v. 2, p. 316-27; 2015.

BONILHA, ALL; OLIVEIRA, DLLC. A entrevista na coleta de dados. In: LACERDA, MR; CONSTENARO, RGS. **Metodologia da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Resolução n.4 de 25 de fevereiro de 1972**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v26n4-5/0034-7167-reben-26-05-0361.pdf>. Acesso em 16 de setembro de 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 350 de 09 de Julho de 2005**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2005/Reso350.pdf>. Acesso em 25 de março de 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a emenda constitucional n. 91, de 18 de fevereiro de 2016. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. LEI n.775 de 06 de agosto de 1949. Dispões sobre o ensino de enfermagem no Brasil e dá providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1930-1949/L775.htm Acesso em 29 de mai. 2016

BRASIL, LEI n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, Subsecretaria de Edições Técnicas. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério do Estado da Educação e do Desporto. Portaria n. 1.721 de 15 de dezembro de 1994. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_11078549_portaria_n_1721_de_15_de_dezembro_de_19. Acesso em 16 de set de 2017.

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 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 Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7262601&disposition=in>. Acesso em 19 de março de 2018.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/11788.htm. Acesso em 18 de setembro de 2017

BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, e dá providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm Acesso em 09 de julho de 2016

BRASIL, Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em 29/05/16

BUCHAN et al. Enfermeiros em função avançada: uma análise da aceitação em Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto: v.21 (especial), jan-fev 2013

CAMPOS, CEA; COHN, A; BRANDÃO, AL. Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1351-64, 2016.

CARVALHO, A.C. Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976: Documentário. Brasília, Folha Carioca, 1976.

CASSIANI, SHB; BASSALOBRE-GARCIA, A; REVIZ, L. Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde: identificação de prioridades de pesquisa em enfermagem na América Latina. **Rev. Lat-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto:

CASSIANI, SHB; ZUG, KE. Promovendo o papel da prática avançada de enfermagem na América Latina. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v.67, n.5, p.675-6, set-out 2014

COELHO, MJ; CARVALHO, MTC; GONÇALVES, MC. O desafio de ensinar a cuidar na graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery. **Esc Anne Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro: v.1(esp), p.63-70, jul 1997

CONCHA, JP; BERTONI, JS. Currículo por competencias en el postgrado de enfermería. **Investigación y Educación en Enfermería**. Medellín, v.15, n.2, sep. 2007

- DELL'ACQUA, MCQ; MIYADAHIRA, AMK; IDE, CAC . Planejamento de ensino em enfermagem: intenções educativas e competências clínicas. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v.43, n.2, p.264-71, 2009
- DOMENICO, EBL; IDE, CAC. Referências para o ensino de competências na enfermagem. **Rev Bras Enferm**. São Paulo, v.58, n.4, p.453-7, jul-ago, 2005
- FONTANELLA, BJB; RICA, J; TURATO, E. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan de 2008.
- FAVERO, L; RODRIGUES, JAP. Pesquisa estudo de caso. In: LACERDA, MR; COSTENARO, RGS. In: **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde**. Porto Alegre. Moriá, 2015. P. 292-324
- GALAVOTE, HS; et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária a saúde. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro: v.20, n.1, p.90-8, 2016
- GALLEGUILLOS, TGB; OLIVEIRA, MA. A gênese e o desenvolvimento do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev.Esc.Enf. USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-7, mar. 2001
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. Nursing Matters. **Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics**. Genebra. 2009. Disponível em https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf . Acesso 29 de junho de 2016
- ITO, E. E. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Ver Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-5, 2006.
- KLEINPELL, R. et al. Addressing Issues Impacting Advanced Nursing Practice Worldwide. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**. Silver Spring: v.19, n.2, mai 2014
- LUZ, MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.77-96.
- MASCARENHAS, NB; MELO, CMM; SILVA, LA. Gênese do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925). **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.220-7, 2016
- MATUMOTO, S; et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto: v.19, n.1, jan-fev 2011
- MONTENEGRO, LC; BRITO, MJM. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação do enfermeiro em atendimento primário a saúde. **Invest Educ Enferm**. Medelin: v.29, n.2, p.238-47, 2011
- ORLANDI, EP. Análise de Discurso. In ORLANDI, E; LAGAZZI-RODRIGUES, S. **Discurso de textualidade**. Campinas: Pontes, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Primários em Saúde: Agora mais que nunca**. Genebra, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Resolução CD 35/5.R2. **Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.** In 53º Conselho Diretor. 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington. 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Resolução CD 52.R13. **Recursos Humanos para a Saúde: Ampliando o Acesso a Profissionais de Saúde Qualificados em Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde.** In 52º Conselho Diretor. 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington. 2013

PAIM, JS. **Modelo de Atenção à Saúde no Brasil.** In: Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos. Salvador: Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública, 2009, p. 88-115.

PAIM, JS; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet.** Londres: v.337, n. 9779, p.1778-97.

PERRENOUD, P. **Construir competências a partir da escola.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1999

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em <http://books.scielo.org>. Acesso em 25 de setembro de 2017.

PONTES, RJS et al. **Transição demográfica e epidemiológica.** In: Medronho, RA (org). Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009, p.123-152

RIZZOTTO, M. L. F. **(Re)viendo a origem da enfermagem profissional no Brasil: a Escola de Enfermagem Anna Nery e o mito da vinculação a saúde pública.** 1995. 121 f. Dissertação (mestrado em educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

ROSA, WAC; LABATE, RC. Programa de Saúde da Família: Construção de um modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem.** Ribeirão Preto: v. 16, n. 6, p. 1027-34, nov-dez 2005

SCHRAMM, JMA et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: v.9, n.4, p.897-908, 2004

SOUZA, LD et al. A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo: v.45, n.2, p.494-500, 2011

STARFIELD, B. **Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS, ANS. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Athas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Escola de Enfermagem Anna Nery. **Proposta de Reajuste Curricular “Novas Metodologias” ao Currículo Mínimo.** Rio de Janeiro, 1999. Disponível em <http://graduacaoeean.blogspot.com.br/p/reforma-curricular.html> . Acesso em 06/06/2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY. **Proposta Preliminar do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://graduacaoeean.blogspot.com.br/p/reforma-curricular.html> . Acesso em 06/06/2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report.** Genebra, 2002.

YIN, R. **Estudos de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre; 2 ed; Bookman, 2003

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO - PROFESSORES

1. Grau de formação acadêmica
2. Ano que terminou a graduação
3. Tempo de atuação na EEAN
4. Possui experiência profissional no contexto da APS?
5. Que **competências clínicas** tem sido **desenvolvidas no ensino** sobre o cuidado as **pessoas adultas** que vivem as **condições crônicas**, quando estão em cenários de **atenção primária**?

Palavras-chave: avaliação; escuta; diagnóstico; prioridade de intervenção
(Como?... Quais?...Por que?...)

6. Qual é a relevância de se desenvolver **competências clínicas** para cuidado de pessoas com **condições crônicas** no **ensino de enfermagem**, nesse cenário de prática.

Palavras-chave: método, avaliação, cuidado, prática

7. O que você sugere para ser incluído nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO - ALUNOS

1. Que **competências clínicas** tem sido **desenvolvidas no ensino** sobre o cuidado as **pessoas adultas** que vivem as **condições crônicas**, quando estão em cenários de **atenção primária**?

Palavras-chave: avaliação; escuta; diagnóstico; prioridade de intervenção
(Como?... Quais?...Por que?...)

2. Qual é a relevância de se desenvolver **competências clínicas** para cuidado de pessoas com **condições crônicas** no **ensino de enfermagem**, nesse cenário de prática.

Palavras-chave: método, avaliação, cuidado, prática

3. O que você sugere para ser incluído nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem?



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Competências Clínicas no Cuidado de Condições Crônicas na Atenção Primária: O Ensino de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery

Pesquisador: AMANDA APARECIDA CANO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61971816.7.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.889.321

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária a Saúde, que tem como questionamento como os conhecimentos, habilidades e atitudes dos alunos tem sido desenvolvidos no ensino de graduação em enfermagem, com vistas a desenvolver competências clínicas para o cuidado do adulto com condições crônicas na atenção primária a saúde. A fim de compreender melhor como esses atributos são e como podem ser trabalhados no curso de graduação, decidiram tomar como objeto de estudo o curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN). O currículo da EEAN é assunto amplamente investigado na enfermagem e merece o destaque por seu papel de protagonista na história da enfermagem brasileira, com o modelo de formação Nightingaleano. A produção de dados será realizada em três etapas: análise documental do Projeto Pedagógico do Curso e das ementas e programas de quatro Programas Curriculares Interdepartamentais (PCI); Entrevistas com docentes e alunos do PCI XIII; e realização de grupo focal com os referidos alunos e docentes para proposição de um roteiro sistematizado de avaliação formativa de aquisição de competências clínicas para a assistência de enfermagem a pessoas com condições crônicas, na atenção primária. Os dados coletados serão discutidos a luz do referencial de desenvolvimento de competências de Philippe Perrenoud.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.889.321

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Conhecer as competências clínicas desenvolvidas no ensino de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, para o cuidado do adulto, com condição crônica de saúde, no âmbito da atenção primária a saúde, a partir da implementação do Projeto Pedagógico de Curso.

Objetivo Secundário:

-Identificar quais conhecimentos, habilidades e atitudes para o cuidado de pessoas com condições crônicas são contempladas no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Anna Nery;
-Analisar como esses conhecimentos, habilidades e atitudes se articulam e são contempladas nas estratégias teórico-práticas de formação de enfermeiros para o cuidado de pessoas com condições crônicas.
-Propor um roteiro sistematizado de avaliação formativa de aquisição de competências clínicas para o cuidado de pessoas com condições crônica, na última etapa de formação do estudante de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

" Os riscos podem ser entendidos como mínimos ou potenciais. Neste caso, entendemos que são mínimos, sobretudo relacionados a situações de constrangimentos durante sua entrevista. Caso sejam identificados, estaremos disponíveis para minimizá-los e reconsiderar trechos de sua fala, você também poderá interromper a entrevista e retomar em momento mais oportuno, caso seja do seu desejo.

Os benefícios dessa pesquisa suplantam os riscos. Entendemos que a mesma contribuirá para a compreensão detalhada dos processos de formação de novos enfermeiros, contribuindo para formação de profissionais mais aptos a corresponder as demandas de saúde da população."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto possui um tema importante para a formação do estudante de graduação em enfermagem, principalmente porque no ano de 2016, a EEAN encontra-se em processo de discussão de uma nova reforma curricular, o que torna bastante oportuno um estudo aprofundado acerca do desenvolvimento de competências clínicas na graduação ofertada por essa escola.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeahesfa@gmail.com



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.889.321

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: adequado
- 8) Termo de confidencialidade: adequado

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto ad referendum em 11 de janeiro de 2016. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823870.pdf	06/01/2017 15:28:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLModificado2.pdf	06/01/2017 15:27:13	AMANDA APARECIDA CANO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPmodificado2.pdf	06/01/2017 15:25:03	AMANDA APARECIDA CANO	Aceito
Orçamento	OrcamentoModificado.pdf	04/12/2016	AMANDA	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesa@gmail.com



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.889.321

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: adequado
- 8) Termo de confidencialidade: adequado

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto ad referendum em 11 de janeiro de 2016. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823870.pdf	06/01/2017 15:28:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLModificado2.pdf	06/01/2017 15:27:13	AMANDA APARECIDA CANO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPmodificado2.pdf	06/01/2017 15:25:03	AMANDA APARECIDA CANO	Aceito
Orçamento	OrçamentoModificado.pdf	04/12/2016	AMANDA	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesa@gmail.com



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.889.321

Orçamento	OrcamentoModificado.pdf	17:24:12	APARECIDA CANO	Aceito
Cronograma	CronogramaModificado.pdf	04/12/2016 17:21:41	AMANDA APARECIDA CANO	Aceito
Outros	CartaApresentacao.pdf	14/11/2016 15:27:45	AMANDA APARECIDA CANO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	14/11/2016 15:25:45	AMANDA APARECIDA CANO	Aceito
Outros	TermodeConfidencialidade.jpeg	14/11/2016 15:20:53	AMANDA APARECIDA CANO	Aceito
Outros	CartaAnuencia.jpeg	14/11/2016 15:19:25	AMANDA APARECIDA CANO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Maria Angélica de Almeida Peres
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesa@gmail.com

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Faculdade de Medicina
Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Estamos realizando a pesquisa "COMPETÊNCIAS CLÍNICAS NO CUIDADO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O ENSINO DE GRADUAÇÃO NA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY" e, a partir da assinatura deste termo, esperamos contar com sua participação. Com foco em competências e habilidades adquiridas pelos estudantes para condutas clínicas, o estudo pretende compreender como se caracteriza o processo didático e assistencial no contexto dos cuidados prestados a pessoas com condições crônicas acompanhadas pelos serviços de Atenção Primária à Saúde.

A partir de uma abordagem qualitativa, serão analisados os depoimentos de professores e estudantes do último período do curso de graduação em Enfermagem da EEAN/UFRJ, com previsão para conclusão em agosto de 2017. Assim, num primeiro momento, sua participação consistirá em conceder uma breve entrevista (aproximadamente trinta minutos), e em seguida, participar de um grupo focal composto por alunos e professores. Ambas etapas serão previamente agendadas e registradas em gravações de áudio. O material será utilizado APENAS nesta pesquisa e descartado (deletado) tão logo os resultados sejam publicados em revistas de divulgação científica.

Quanto à possibilidade de causar algum dano à sua integridade física ou intelectual, convém informar que toda e qualquer pesquisa que conta com a participação de seres humanos possui riscos e benefícios. Os riscos podem ser entendidos como mínimos ou potenciais. Neste caso, entendemos que são mínimos, sobretudo relacionados a situações de constrangimentos durante sua entrevista. Caso sejam identificados, estaremos disponíveis para minimizá-los e reconsiderar trechos de sua fala.

Os benefícios dessa pesquisa suplantam os riscos. Entendemos que a mesma contribuirá para a compreensão detalhada dos processos de formação de novos enfermeiros, contribuindo para formação de profissionais mais aptos a corresponder as demandas de saúde da população.

Informamos ainda que os participantes não terão custos ou quaisquer compensações financeiras.

Caso decida participar, garantimos que em nenhum momento do estudo seu nome será divulgado. No momento da análise e redação, caso seja necessário, os participantes serão identificados apenas com letra inicial da categoria a qual pertencem, seguida por numeração. Por exemplo: "Na minha opinião... (P.1)" (Professor 1) / "Acredito que seja necessário... (E.1)" (Estudante 1). Garantimos também que você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta e desistir de participar em qualquer fase, retirando seu consentimento, sem nenhum prejuízo. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Você receberá uma via deste termo, onde constam nossos contatos (celular e e-mail), através dos quais poderá tirar dúvidas sobre sua participação em qualquer etapa da realização deste estudo.

Amanda Aparecida Cano
Pesquisadora responsável

Contatos das pesquisadoras:

Amanda Aparecida Cano
E-mail: amdcano@gmail.com
Cel: (21) 97519-7821/ 2490-3992

Ivone Evangelista Cabral – Orientadora
E-mail: icabral444@gmail.com
Cel: (21) 99992-3833

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo participar voluntariamente do estudo, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Recebi uma via assinada deste documento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Nome legível do (a) participante: _____

Assinatura do (a) participante: _____