

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

LAURIANA MEDEIROS E COSTA

A aprendizagem na convivência:
o estágio curricular em enfermagem

Natal, RN
2008

LAURIANA MEDEIROS E COSTA

A aprendizagem na convivência:
o estágio curricular em enfermagem

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em enfermagem.

ORIENTADORA:

Profa. Dra. Raimunda Medeiros Germano

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Assistência à saúde.

LINHA DE PESQUISA:

Enfermagem, Educação e Cidadania.

Natal, RN
2008

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central
Zila Mamede

Costa, Lauriana Medeiros e.

A aprendizagem na convivência: o estágio curricular em enfermagem / Lauriana Medeiros e Costa. – Natal [RN], 2008.

169 f.

Orientador: Raimunda Medeiros Germano.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem - Dissertação. 2. Estágio clínico – Dissertação. 3. Aprendizagem – Dissertação. 4. Enfermagem – Dissertação. 5. Educação – Dissertação. 6. Saúde da família – Dissertação. I. Germano, Raimunda Medeiros. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 616-083(043.3)

BANCA EXAMINADORA

A Dissertação “**A aprendizagem na convivência: o estágio curricular em enfermagem**”, apresentada por Lauriana Medeiros e Costa ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada e aceita como requisito parcial para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Dissertação aprovada em: 28 / 04 / 2008.

Profª. Dra. Raimunda Medeiros Germano – Orientadora
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profª. Dra. Josineide Silveira de Oliveira
Universidade Regional do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Francisco de Assis Pereira
Departamento de Educação da UFRN

Profª. Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timóteo
Departamento de Enfermagem da UFRN

Dedico este trabalho à minha doce mãe, Luzia, que me inspirou o gosto pelas letras desde a infância. Mãe carinhosa, paciente, batalhadora, devotada à família, que não se deixou abater pela perda de nosso amado pai, Antônio, e soube, com sabedoria, educar suas filhas para o bem. A você, minha amada mãe, dedicarei sempre as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza, que me concedeu os dons necessários para tornar esse sonho realidade.

A toda a minha família, pelo amor, apoio, incentivo e compreensão em todos os momentos.

Ao meu pai, Antônio, que muito nos amou, mas teve que partir cedo desta vida.

À professora Raimunda Germano, que desde a graduação acolheu-me em sua vida e soube conduzir com maestria este trabalho. A exemplo de Paulo Freire, é uma educadora que tem a coragem de querer bem aos seus educandos e à prática educativa. Por isso, hoje posso afirmar que sou uma pessoa melhor porque tive a oportunidade de conviver com este ser humano admirável.

Ao corpo docente do curso de mestrado em enfermagem da UFRN, em especial às professoras Bertha Enders, Rejane Menezes, Rosalba Timóteo, Soraya Medeiros, pelos conhecimentos compartilhados.

Aos professores Willington Germano, Francisco de Assis e Isauro Nuñez, grandes educadores, pelas valiosas sugestões.

À professora Altamira, ser humano de grande bondade, que compartilhou comigo os seus conhecimentos sobre a língua portuguesa e realizou a correção deste trabalho com muito empenho e carinho.

Aos amigos do mestrado em enfermagem e do mestrado em educação da UFRN, com os quais tive a oportunidade de conviver durante o processo de construção deste estudo.

Ao corpo docente e discente do curso de Enfermagem da FACEX, pelo incentivo e pela oportunidade de fazer parte de um belíssimo projeto de educação em enfermagem.

A Luciano, pelo nosso amor, apoio e compreensão, inclusive nos momentos de ausência.

A todos que fazem a Escola de Enfermagem de Natal/UFRN, local onde aprendi a amar a enfermagem e tive a oportunidade de ser acolhida como discente e docente.

Ao Departamento de Enfermagem da UFRN, na pessoa da professora Hylarina Montenegro, e ao Distrito Sanitário Oeste, na figura da gerente Josineide Lira, pela autorização para a realização da pesquisa.

À disciplina Estágio Integrado I, em especial às docentes Edilma Costa, Jacinta Formiga e Rosana Vilar, por terem me acolhido e compartilhado conhecimentos para enriquecer o estudo.

Às queridas amigas Sheyla, Brenda, Djanine, Graciele, Janiele, Andréia e Jane, pela ajuda em todos os momentos, em especial, nas adversidades.

Aos estudantes entrevistados, que tão generosamente aceitaram participar da pesquisa e compartilhar conosco suas experiências acadêmicas.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem e da Biblioteca do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Ciências Sociais Aplicadas (NEPSA) da UFRN, pela ajuda e acolhida.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada!

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa analítica de cunho qualitativo, com o objetivo de analisar o processo de aprendizagem de estudantes do Curso de Enfermagem da UFRN em Estágio Curricular Supervisionado (ECS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como fio condutor a aprendizagem na convivência. Para isto, foi apresentado um resgate histórico desta atividade acadêmica no ensino de enfermagem, assim como foi discutida a relevância da ESF como cenário da formação profissional em saúde. Para a investigação empírica, foram entrevistados dez estudantes do oitavo período do curso, que estagiavam em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário Oeste de Natal/RN. O aporte referencial teve como pressuposto epistemológico as idéias do educador Humberto Maturana, o qual demonstrou que a aprendizagem na natureza e também entre seres humanos acontece dentro das relações dialógicas de convivência, nas quais é essencial a aceitação do outro, a afetividade (o amor) e o diálogo, como estímulos à aprendizagem. As falas dos estudantes foram sendo incorporadas às categorias analíticas, definidas *à priori*. Ficou demonstrado que o estudante vivenciou uma aprendizagem significativa, estimulada por todos aqueles que compartilharam da convivência, a saber: enfermeiro/preceptor, docente/supervisor, equipe de saúde da família e comunidade. Neste processo, foram comuns vários sentimentos, como a alegria, a satisfação, a autoconfiança, a afetividade, assim como, em um sentido oposto, a tristeza, a indignação, a sensação de impotência e o medo. O aprendizado do relacionamento interpessoal foi apresentado como o mais relevante da experiência acadêmica, dando conta, portanto, da importância da afetividade no processo de aprendizagem, conforme assinala Maturana. Recomenda-se que o ensino de enfermagem continue priorizando as unidades de saúde da família como cenário educativo na Atenção Básica, observando-se a importância de inserir os estudantes em ambientes acolhedores, de forma que a aprendizagem possa ser estimulada.

Palavras-chave: Estágio Clínico. Aprendizagem. Enfermagem. Educação. Saúde da Família.

ABSTRACT

This is an analytic research of a qualitative nature whose purpose is to examine the learning process involving students of the Nursing Program of the Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN who are attending the Supervised Clerkship in Nursing (SCN) in Family Health Strategy (FHS), based on learning through daily living. In order to do this, a historical overview of this academic activity in the teaching of nursing was presented, and the importance of FHS as the scene where professional health education takes place was discussed. For the empirical investigation, ten eighth-semester students involved in clerkship activities at family health units in the Western Sanitary District of Natal, Rio Grande do Norte, were interviewed. The theoretical approach relied, as epistemological presupposition, on the ideas of educator Humberto Maturana who showed that learning, both in nature and among human beings, takes place within dialogic living relationships wherein acceptance of the other, affectivity (love) and dialoguing are essential stimuli to learning. Students' discourses gradually became part of the analytic categories that had been established beforehand. There has been verified that the students went through meaningful learning encouraged by all who shared the living environment, that is: nurse/instructor, teacher/supervisor, family health staff, and the community. Several feelings were involved in the process, such as joy, satisfaction, self-reliance, affectivity and, in the opposite direction, sadness, indignation, a feeling of impotence, and fear. The learning of interpersonal relationship was describe as the most relevant of the academic experiences and, therefore, thus emphasizing the relevance of affectivity to the learning process as Maturana points out. It is suggested that the teaching of nursing keep on giving priority to family health units as the Basic Care educational scene, with attention to the importance of placing the students in welcoming environments, in such a way as to encourage learning.

Keywords: Clinical Clerkship. Learning. Nursing. Education. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem.

COFEn – Conselho Federal de Enfermagem.

COREn – Consenso Regional de Enfermagem.

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais.

DSO – Distrito Sanitário Oeste.

ECS – Estágio Curricular Supervisionado.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

IES – Instituição de Ensino Superior.

LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

MEC – Ministério da Educação e Cultura.

MS – Ministério da Saúde.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PEP – Política de Educação Permanente.

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.

PPP – Projeto Político-Pedagógico.

PSF – Programa Saúde da Família.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

USF – Unidade de Saúde da Família.

VER-SUS Brasil – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1	Introdução	12
2	Objetivos	28
3	Percurso Metodológico	30
4	Apresentação do cenário empírico e dos participantes da pesquisa	35
5	O Estágio Curricular Supervisionado: percurso histórico da construção de um projeto de educação em enfermagem	47
6	A Estratégia Saúde da Família como cenário de aprendizagem na formação profissional em saúde	77
7	A aprendizagem na convivência em Humberto Maturana.....	104
	7.1 Humberto Maturana: um pouco de sua vida e obra.....	105
	7.2 A aprendizagem na convivência.....	106
8	O Estágio Curricular Supervisionado como espaço relacional da construção do conhecimento	115
9	À guisa de conclusão.....	143
	Referências	148

Apêndices

Anexo

Introdução

1 Introdução

Os desafios enfrentados pelo ensino na modernidade são complexos, exigem a quebra de paradigmas e a construção de novos ideais e práticas institucionais para a educação de sujeitos implicados com a construção de um mundo melhor. Como bem explicita Morin (2005), educar é a grande meta, uma vez que a educação visa utilizar meios para a formação e desenvolvimento de um ser humano; já o ensino diz respeito à transmissão e assimilação de conhecimentos, estando mais restrito ao cognitivo; e a formação tem um caráter de moldagem e conformação do ser. Tais desafios educacionais também envolvem a educação na saúde¹, a qual tem sofrido uma forte influência de fatores, como o avanço tecnológico, a revolução da informação e a globalização².

Operando uma visão mais global sobre o contexto em que vivemos, identificamos que a educação na saúde tem sido impulsionada a mudar por um processo maior que tem influenciado a ciência, a educação, a saúde, a sociedade, a economia, enfim, muitas das construções humanas, processo esse que é a transição paradigmática. Nesta transição ocorre a superação do paradigma dominante, que orienta há muito a cultura ocidental, marcado pelo positivismo e modelo cartesiano, com enfoque reducionista/mecanicista, e processa-se a emergência de um novo paradigma, baseado na complexidade, no holismo e na interdisciplinaridade (CAPRA, 1982; SANTOS, 2005a; MORIN, 2005; MORAES, 2006). Tal movimento de mudança, com origem em meados do século XX, teve e continua tendo forte repercussão em todas as instâncias, com reflexos também na educação na saúde, pois abriu flancos para uma rediscussão do que seria

¹Área que trata da produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2007).

² Quanto à globalização, como defende Santos (2002), não se trata de um processo unicamente restrito ao campo econômico; constitui-se, na verdade, em processos que se materializam no campo social, na política e na cultura.

ciência, conhecimento, saúde e doença, homem, ambiente, sociedade, processo ensinar/aprender, relação sujeito/objeto e teoria/prática, entre outros conceitos.

Nesta transição paradigmática, em algumas áreas da ciência, idéias tiveram que ser desconstruídas e muitos conhecimentos passaram a ser questionados quanto à sua pertinência e responsabilidade social (MORIN, 2005; SANTOS, 2005b).

Na saúde existe a crítica, formulada por uma parcela de profissionais, ao paradigma cartesiano, biologicista e hospitalocêntrico, e a luta pela incorporação de um conceito ampliado de saúde, permeado pelo paradigma de produção social da saúde (MENDES, 1999a).

Nesse processo de luta, identificamos o movimento delineado por Capra (1982), segundo o qual para operar mudanças no sentido do paradigma emergente são necessários novos modelos conceituais, como também a criação de novas instituições e a implementação de uma nova política.

No cenário brasileiro, a premissa de construir um perfil profissional, que pudesse contribuir com a mudança do paradigma sanitário e das práticas em saúde, já era pauta de discussões desde o surgimento do Movimento Sanitário, em meados da década de 1970. Na década de 1980, o Movimento da Reforma Sanitária colocou em pauta não só a necessidade de reforma do setor saúde, mas, conforme Germano (2003, p. 366), “ressaltava a importância da formação de recursos humanos como meta prioritária e imprescindível para se pensar e fazer saúde em uma outra perspectiva, diferente, portanto, do modelo elitista e discriminador que pontificava na área da saúde”. Tal discussão foi intensificada na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília/DF em 1986, na qual foram concebidas as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido, posteriormente, através do artigo 198 da Constituição Federal de 1988, regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90.

Essa nova forma de fazer saúde, com base no conceito ampliado de saúde e nos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade –, requer do profissional de saúde não só a compreensão destes aspectos, mas, sobretudo, a adoção de práticas que estejam comprometidas com a promoção da qualidade de vida da população, proteção e recuperação da saúde. Conforme Oliveira M. (2006), os serviços de saúde têm respondido de forma mais rápida às demandas apresentadas pelo SUS que a área da educação na saúde. Contudo, tal posicionamento desta área não deve se perpetuar, tendo em vista que o SUS é o território de atuação profissional no cenário nacional, assim como representa o maior mercado de trabalho e de diversificação de cenários de ensino/aprendizagem na área da saúde (SAUPE, 1998; VIEIRA; OLIVEIRA, 2001; FEUERWERKER; LIMA, 2002; BONETTI; KRUSE, 2004; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006; BERNARDINO; OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006).

Com o SUS, fica estabelecido, através dos artigos 200 da Constituição Federal e 6 da Lei 8.080/90, que lhe compete, dentre suas atribuições: ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico. Contudo, a regulamentação destes artigos não ocorreu de imediato, sendo o financiamento uma das principais dificuldades, pois deveria ser assumido pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), tendo sido pauta de discussão em todas as Conferências Nacionais de Saúde que sucederam a de 1986 (CECIM; ARMANI; ROCHA, 2004; BOURGUIGNON et al., 2003).

A partir de 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), como forma de reorientar o modelo assistencial, começando pela Atenção Básica, com base nos princípios do SUS, apresentando-se como um impactante desafio a educação na saúde. Para a enfermagem, em particular, requer uma ampliação do campo de ação do enfermeiro e representa, simultaneamente, um mercado de trabalho em expansão (VIEIRA;

OLIVEIRA, 2001; MENELAU NETO et al., 2002; PIERANTONI; VARELLA, 2002; GERMANO, 2003).

Scherer, Marino e Ramos (2005) defendem que o SUS, como construção coletiva a partir do Movimento da Reforma Sanitária, surge como um novo paradigma de atenção à saúde, e seus princípios e diretrizes rompem com o paradigma clínico flexneriano que por anos permeou o fazer e o educar na saúde. Nessa perspectiva, defendem, também, a ESF, que tem como base os princípios e diretrizes do SUS, como uma importante estratégia para operacionalizá-lo.

A este cenário soma-se o Pacto pela Saúde, conforme Portaria 399/06/GM/MS, que já tem como um de seus resultados a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria 648/06/GM/MS, pactuada pelos gestores das três esferas de governo. A partir de tal Portaria, foi determinada a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Esta política estabeleceu para a gestão do sistema de saúde, nas três esferas de governo, a demanda de ação articulada da Gestão em Saúde com a Gestão em Educação para compor estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial, medicina, enfermagem e odontologia. O foco em tais cursos é justificado por estas profissões estarem na composição da equipe de saúde da família e da equipe de saúde bucal, prioridades dessa Política. Tais equipes devem atuar com base nos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006a). Em seu processo de trabalho, os profissionais da ESF devem implementar uma prática do cuidado familiar ampliado, realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, valorizar e integrar os diversos saberes e práticas com vistas à integralidade (BRASIL, 2006a).

Somente a partir 2003, com a criação dos Pólos de Educação Permanente, e em 2004, com a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, conforme Portaria

198/04/GM/MS, é que se visualizam ações institucionais no sentido da assunção da responsabilidade do SUS quanto ao desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde. Neste novo cenário, as ações referentes à Educação Permanente passaram a ser discutidas de forma participativa através do quadrilátero da formação em saúde, que era composto por representantes do ensino, da gestão, da atenção e do controle social (CECIM; FEUERWERKER, 2004a). Assim, surgiram iniciativas como o Ensinar-SUS, o Aprender-SUS, o VER-SUS Brasil (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde), os Facilitadores e Ativadores de Mudanças nos cursos de graduação em saúde, dentre outras ações. De forma concreta, para o ensino de graduação, os objetivos de atuação eram: problematizar a formação profissional em saúde no âmbito do ensino de graduação; orientar as graduações em saúde para a integralidade; favorecer a articulação ensino/serviço/comunidade; aproximar o estudante da realidade de saúde local; contribuir para a qualidade da assistência e humanização do cuidado, e, em um sentido geral, com a construção do SUS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006b; CARVALHO; CECIM; 2006).

Hoje o campo da educação permanente passa por turbulento processo de mudança, que inclui a extinção dos Pólos de Educação Permanente e a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço, dentre outras transformações, como forma de atender ao que fora estabelecido pela nova Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, conforme Portaria 1996/07/GM/MS. Também compõem o cenário atual o PRÓ-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), o PET-Saúde (Programa de Educação para o Trabalho em Saúde), dentre outras iniciativas para estimular mudanças no ensino de graduação, com vistas à consolidação do SUS.

Percebemos, assim, que a preocupação com a formação não se restringe apenas à discussão do Ensino Superior em Saúde, mas também à Gestão do Trabalho no sistema de saúde,

pois cada vez mais fica evidente que o processo de trabalho em Saúde da Família exige um perfil profissional diferente, com novos saberes e apropriação de novas tecnologias com alta resolutividade e baixa densidade (FEUERWERKER; LIMA, 2002; BRASIL, 2003; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; AKERMAN; FEUERWERKER, 2006).

Neste contexto, evidenciamos dois focos de pressão sobre os cursos de graduação em saúde: um, externo, representado pela gestão do sistema de saúde e pela realidade do mundo do trabalho, por um novo perfil profissional; e outro, interno, liderado por docentes universitários que, com base nos ideais do Movimento da Reforma Sanitária, apontam a necessidade de rearticulação ensino/serviço, assim como o rompimento com o modelo flexneriano e a adoção do conceito ampliado de saúde e dos princípios do SUS como norteadores do ensino.

Assim, a educação na área da saúde é compelida a mudar, tanto pela necessidade de contribuir com a construção do SUS e implantação da ESF, como para se adequar à nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), Lei 9394/96/MEC. Ocorre também o questionamento do próprio ensino universitário, pressionado entre as demandas do mercado de trabalho no cenário da globalização e do neoliberalismo, e a necessidade de cumprir sua missão de construção do conhecimento e educação (GERMANO, 2003; MORIN, 2005; SANTOS, 2005b). Nesta discussão fica claro que a missão da universidade é maior que apenas fornecer mão-de-obra capacitada para o mercado de trabalho, pois este profissional logo estaria obsoleto, tendo em vista os avanços da ciência e da tecnologia; contudo, não se pode desconsiderar o mercado pelo risco de formar mão-de-obra sem função, acarretando outra crise (LAUTERT; UNICOVSKY, 1998).

Neste sentido, corroboramos Morin (2005, p. 82), ao afirmar que a universidade possui uma paradoxal dupla função: “adaptar-se à modernidade científica e integrá-la; responder às

necessidades fundamentais de formação, mas também, e sobretudo, fornecer um ensino metaprofissional, metatécnico, isto é, uma cultura”.

A percepção desses focos de pressão sobre a educação na saúde, de alguma maneira, foi nos despertada quando estudante do Curso de Graduação em Enfermagem, ao participar, na condição de bolsista de iniciação científica, de discussões e pesquisas na área de educação, sendo intensificada, na atualidade, pela inserção na docência.

A partir dessa nossa identificação com as questões do ensino de enfermagem, o processo de aprendizagem do estudante em Estágio Curricular Supervisionado (ECS) suscitou, paulatinamente, nosso interesse quando, no ano de 2005, ainda como discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), cursando os Estágios Integrados I e II. Naquela ocasião, pudemos vivenciar um período de rápido e grandioso aprendizado, assim como de afirmação pessoal e profissional.

Durante o Estágio I, na atenção básica, chamou-nos a atenção, sobretudo, a descoberta do vasto campo de atuação do enfermeiro nesta área, especificamente na ESF, algo que não fora despertado em momentos anteriores do curso.

Já no Estágio II, na área hospitalar, percebemos algumas dificuldades e resistências dos profissionais no que diz respeito à aceitação do estudante. Tais problemas, na época, despertaram inquietações, de tal modo que, inicialmente, optamos pelo estudo do Estágio inserido na área hospitalar, mas, ao realizarmos o levantamento bibliográfico acerca do tema, identificamos existir sobre este uma produção relevante. As pesquisas realizadas defendiam a importância do ECS, abordando os problemas, as contradições e os aspectos positivos e negativos desta prática, a partir da visão do estudante, do preceptor e do docente. São exemplos os trabalhos de Almeida (1989), Lautert e Unicovsky (1998), Fortes (2001), Amantea (2004), Ito (2005), Prado (2006), citando apenas os mais recentes. Por outro lado, verificamos poucos estudos acerca do ECS na atenção

básica à saúde, podendo destacar as pesquisas de Oliveira A. (2006) e Timóteo, Monteiro e Uchôa (2007), que, inclusive, versam sobre a educação na saúde desenvolvida na própria UFRN, e o estudo de Backes (2000), que trata do Estágio na atenção básica e na área hospitalar. Os demais trabalhos identificados traziam discussões sobre o ensino de Saúde Coletiva, a relação ensino/serviço e a gestão do trabalho e da educação na saúde. Tais estudos fomentavam a quebra de paradigmas, a adoção de práticas pedagógicas inovadoras e de novos cenários de aprendizagem na educação na saúde. Da mesma forma, problematizavam a relação ensino/serviço/comunidade como relevante para a transformação da educação, estando inserida, nesta discussão, a Estratégia Saúde da Família. Tal linha teórica é perceptível nos trabalhos de Feuerwerker e Lima (2002), Santana, Christófaró (2002), Cecim e Feuerwerker (2004a; 2004b), Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006), nos documentos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, nos relatórios do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) e nas produções dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde no Brasil e da Rede Unida. Assim, optamos pela manutenção da temática do processo de aprendizagem em ECS e elegemos a atenção básica, como foco do estudo.

Portanto, nosso estudo pretendeu analisar o processo de aprendizagem de discentes de enfermagem em Estágio Curricular Supervisionado na ESF, partindo da convivência deles com os diversos atores envolvidos. Nesta perspectiva, tivemos os seguintes questionamentos: Como o estudante desenvolve este processo, quanto às experiências novas de aprendizagem, saberes construídos e sentimentos mobilizados neste cenário educativo? A convivência com o enfermeiro/preceptor, o docente/supervisor, a equipe saúde da família e a comunidade interage no processo de aprendizagem e no desenvolvimento das atividades do Estágio? Como as demais disciplinas do Curso de Enfermagem da UFRN contribuem para o desenvolvimento do Estágio na ESF?

Acreditamos oportunas as iniciativas que venham a analisar o cenário atual e discutir a mudança da educação na saúde, no caso em pauta, a educação em enfermagem, articulando-a com a atenção básica, especialmente, com a ESF.

Percebemos o Estágio Curricular como uma oportunidade rica de aprendizado, mas também de religação de ações e saberes entre ensino/serviço/comunidade e fonte de rediscussão do ensino articulado às necessidades da profissão, da realidade de saúde local e da política nacional de saúde. Defendemos, a partir das idéias de Humberto Maturana sobre aprendizagem, que esta aprendizagem do estudante em Estágio ocorre na convivência, através da ação relacional na linguagem do estudante com o preceptor e o docente, e com todos os outros que compartilham a convivência, a equipe de saúde da família e a comunidade; um aprendizado que é mútuo, contínuo e integral, pois mobiliza o cognitivo, o emocional, o relacional e o corporal. Durante a coleta de dados da pesquisa também vivenciamos o aprendizado na convivência, uma vez que tivemos a oportunidade, como parte da disciplina Práticas Pedagógicas em Enfermagem, de inserção na disciplina Estágio Integrado I, participando da supervisão pedagógica dos estudantes em estágio. Logo, durante o segundo semestre de 2007, foi possível conviver com estudantes, supervisores e preceptores, antes de realizarmos as entrevistas com os discentes, havendo um rico aprendizado em cada contato formal ou informal, conversa e observação. Sem esta experiência, podemos afirmar que a pesquisa teria tomado rumos distintos do atual, assim como o processo de análise e de produção de inferências estaria comprometido.

Acreditamos que o Estágio pode contribuir de forma significativa para a construção do perfil estabelecido nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, qual seja:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, p.1).

Para isto, é importante que tal atividade seja reconhecida em sua especificidade, pois é comum na educação em enfermagem o uso do termo Estágio como sinônimo de aula prática, situação que pode ser atribuída ao fato de os Estágios terem sido estabelecidos, tardiamente, quando uma outra terminologia já estava consolidada pela tradição. Temos ciência de que em outros cursos de graduação não existe a distinção entre aula prática e Estágio, contudo, na legislação educacional da enfermagem tal situação persiste, por isso foi adotada neste estudo.

A prática ou aula prática é uma atividade que ocorre no transcorrer de todo o curso e conta com o acompanhamento direto do professor, tendo como característica refletir a aplicação do conteúdo teórico, interdisciplinar, no tocante ao desenvolvimento de habilidades e à implementação/ampliação dos conhecimentos obtidos em cada disciplina (LAUTERT, UNICOVSKY, 1998). Em outra dimensão, encontra-se o Estágio, que representa o momento em que o estudante, ao final do curso, entra em contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional, e a consolidação de conhecimentos adquiridos no transcorrer do curso, através da relação teoria/prática (LAUTERT, UNICOVSKY, 1998). Esta atividade acadêmica é compartilhada especialmente por três sujeitos: o estudante/enfermeirando; o preceptor, enfermeiro do serviço que acompanha diretamente o estudante no dia-a-dia do Estágio Curricular Supervisionado; e o docente/supervisor da Instituição de Ensino Superior (IES), que acompanha o estudante de forma indireta, através de visitas ao serviço de saúde e reuniões com o estudante e o preceptor. Para o êxito do Estágio, muitos fatores são relevantes, tais como: articulação ensino/serviço e

teoria/prática, o relacionamento interpessoal, articulação preceptor/docente, a motivação, a autonomia, os fatores pedagógicos, o acolhimento dos profissionais à presença do discente, entre outros.

Foi adotada nesta pesquisa a denominação Estágio Curricular Supervisionado por constar nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, instituídas a partir de 2001. No curso de Enfermagem da UFRN, o Estágio Curricular Supervisionado é denominado Estágio Integrado, havendo o Estágio Integrado I, que ocorre em Unidade Básica de Saúde, no oitavo período do curso, e o Estágio Integrado II, que ocorre em hospitais públicos e privados, no nono período. Na fala de estudantes cursando o Estágio Integrado I, foco da pesquisa, detectamos, em alguns momentos, o uso do termo Estágio para designar a aula prática e o próprio Estágio, embora os entrevistados também expressassem diferenças entre estas atividades acadêmicas. Vejamos o trecho a seguir:

[...] a diferença é que o estágio, como bem fala o nome da disciplina, é integrado. Então, você tem o estágio não apenas dos conhecimentos teóricos que foram aprendidos na universidade. Você tem o estágio de como conviver em equipe, de como enfrentar problemas, de como buscar soluções. Então, é um estágio onde você é enfermeiro mesmo, você tem que ser enfermeiro pra conseguir resolver as questões que lhe são colocadas. Então, é diferente nesse sentido. Os outros não, os outros você, às vezes, você vai pra um estágio onde você atende apenas CD³, uma semana você vai só fazer CD ali. Você não vai ser enfermeiro. Talvez você vá ser enfermeiro sim, mas limitado ao CD, por exemplo (Sabedoria).

É interessante perceber a riqueza da fala da estudante na qual podemos depreender a característica da aula prática, como situação de aprendizagem atrelada ao conteúdo disciplinar, ao ensino formal e diretivo; e o Estágio, enquanto situações de aprendizagem ligadas ao cotidiano do exercício profissional e à convivência com os sujeitos nas situações reais de vida e trabalho. Logo, configura uma forma de educação mais espontânea e menos diretiva, na qual não há a

³ Consulta de Enfermagem à criança quanto ao seu Crescimento e Desenvolvimento.

figura de um professor como único ser que educa, mas de sujeitos que aprendem enquanto convivem. Brandão (2006), tratando da educação das crianças e jovens nas aldeias dos grupos tribais mais simples, usa a expressão situações pedagógicas interpessoais, afirmando que

todos os agentes desta educação de aldeia criam de parte a parte as situações que, direta ou indiretamente, forçam iniciativas de aprendizagem e treinamento. Elas existem misturadas com a vida em momentos de trabalho, de lazer, de camaradagem ou de amor. Quase sempre não são impostas e não é raro que sejam os aprendizes os que tomam a seu cargo procurar pessoas e situações de troca que lhes possam trazer algum aprendizado (BRANDÃO, 2006, p. 19).

Assim também se dá na educação do discente de enfermagem em Estágio Curricular, como vemos na fala a seguir:

[...] geralmente no final da manhã, há aquela paz que reina lá no ambiente, porque terminou a consulta, então ficou mais calmo o setor [...] eu ia pra lá, eu ia conversar com eles (profissionais de enfermagem) pra tentar... ver o que eu podia sugar como aluna (Resiliência).

Portanto, identificamos que no Estágio também se processam essas relações pedagógicas interpessoais, uma vez que o processo de aprendizagem está condicionado à convivência. Logo, o estudante é instigado a conviver com o outro e a estabelecer o diálogo como meio para construir seu aprendizado. A estudante entrevistada, inclusive, chega a usar o termo “sugar”, evidenciando o desejo que ela tem de apreender a experiência demonstrada pelo outro.

Podemos dizer que a atual estrutura de Estágio Curricular Supervisionado surge apenas com o currículo mínimo de 1994, que tornou obrigatória a sua realização nos dois últimos períodos do curso, tanto na atenção básica, quanto na área hospitalar, tendência reafirmada em 2001 pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, que, dentre outras coisas, estabeleceram:

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específica da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001, p. 4).

Dessa forma, é criada a atual estrutura de Estágio Curricular que, dentre outros aspectos, valoriza a adoção de diversos cenários de aprendizagem, dentre eles, a rede básica de serviços de saúde e a comunidade, possibilitando a articulação entre ensino/serviço/comunidade.

Nesta pesquisa, identificamos que a inserção do Estágio na atenção básica é algo recente, especialmente na ESF, e de grande relevância, pois vem atender às demandas de consolidação do SUS e implantação da ESF, apresentadas à Educação e à Gestão em saúde. Entre outros fatores positivos, o Estágio, neste cenário educativo e profissional, possibilita, inclusive, que o discente conheça melhor o SUS e a própria ESF, como vemos nas falas que seguem:

[...] antes de você entrar na faculdade, você tem uma visão muito ruim das coisas, de que tudo que é público você acha que não funciona. Mas quando você chega, você vê que as coisas funcionam, demoram um pouquinho mais, e têm certas coisas que não deveriam acontecer, acontecem, mas eu acho que em qualquer canto é assim (Alegria).

A visão que eu tinha de PSF e de SUS, ela foi muito ampliada (Cuidado).

Assim, podemos atribuir a relevância da presente pesquisa ao fato de poder contribuir com o debate acerca do ECS no Ensino Superior em Enfermagem na UFRN, bem como em outras instâncias congêneres. Da mesma forma, e integrando-se a este primeiro aspecto, a possibilidade de aprofundar uma concepção sobre o processo de aprendizagem em Estágio Curricular Supervisionado, com base no pressuposto epistemológico e pedagógico da

aprendizagem na convivência. Além disso, poderá apresentar indicativos para discussões inseridas no campo do Ensino Superior em Saúde, particularmente da Enfermagem, assim como na gestão do trabalho na saúde no SUS, no que tange à formação de recursos humanos.

Para responder aos questionamentos da pesquisa, fizemos uma combinação entre um estudo teórico e uma pesquisa de campo. Tal perspectiva de integração teoria/realidade também foi mantida na construção da dissertação; desta forma, no transcorrer de todo o trabalho realizamos um diálogo entre aspectos teóricos e empíricos, entre a fala dos autores e dos participantes da pesquisa, ao mesmo tempo em que realizamos a análise. Assim, em sua organização, o presente trabalho obedece a uma ordem de apresentação favorável à sua melhor compreensão. **Introdução:** apresentação do contexto da investigação, da motivação para o estudo e de alguns elementos teóricos que subsidiaram a análise dos dados; **Objetivos:** espaço no qual elencamos os objetivos da pesquisa. **Percorso Metodológico:** ocasião em que discorremos sobre a construção da metodologia da pesquisa. **Apresentação do cenário empírico e dos participantes da pesquisa:** momento em que discorremos sobre o Distrito Sanitário Oeste da Cidade de Natal, no qual estão situadas as Unidades de Saúde da Família em que realizamos a coleta de dados, e apresentamos os participantes da pesquisa. **O Estágio Curricular Supervisionado: percurso histórico da construção de um projeto de educação em enfermagem:** capítulo em que discorremos sobre a evolução do Estágio Curricular Supervisionado na história da educação em enfermagem, situamos o Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN neste percurso histórico e discutimos sobre como se processou a inserção da educação em enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. **A Estratégia de Saúde da Família como cenário de aprendizagem na formação profissional em saúde:** momento em que analisamos a importância da Saúde da Família como cenário de aprendizagem, problematizamos sobre como tal enfoque tem sido trabalhado no Curso de Graduação em

Enfermagem da UFRN e apresentamos a visão do estudante sobre o Estágio Curricular e a Estratégia de Saúde da Família. **A aprendizagem na convivência em Humberto Maturana:** capítulo em que apresentamos o educador Humberto Maturana e, para favorecer a aproximação do leitor com o referencial teórico que subsidiou nossa análise, discorremos sobre a Biologia do Amor e a Biologia do Conhecer, ressaltando a relevância da convivência no processo de aprendizagem. **O Estágio Curricular Supervisionado como espaço relacional de construção do conhecimento:** momento em que apresentamos nossa construção teórica sobre a aprendizagem em Estágio Curricular, a partir do enfoque da aprendizagem na convivência, e analisamos o discurso do estudante quanto à sua visão sobre o processo de aprendizagem em Estágio Curricular na Estratégia Saúde da Família, enquanto sujeito inserido na convivência com a preceptora, a supervisora, a equipe de saúde da família e a comunidade; **À guisa de Conclusão:** espaço em que discutimos sobre a importância do Estágio Curricular e da ESF no ensino de enfermagem, apresentamos algumas recomendações e discorremos sobre a contribuição do pensamento de Maturana, enquanto integrante do paradigma educacional emergente, à análise da aprendizagem de estudantes em Estágio Curricular.

Na construção do texto, a fala dos participantes está grafada em tamanho menor e em itálico, de forma a ser de fácil identificação para o leitor.

Objetivos

2 Objetivos

Objetivo Geral:

- Analisar o processo de aprendizagem de estudantes de Enfermagem em Estágio Curricular na Estratégia Saúde da Família, tendo como fio condutor a aprendizagem na convivência.

Objetivos Específicos:

- Descrever a visão de estudantes acerca do processo de aprendizagem em Estágio na ESF, quanto às novas experiências de aprendizagem vividas, saberes construídos e sentimentos mobilizados nesta atividade acadêmica;
- Discutir, a partir da visão discente, como a convivência com o enfermeiro/preceptor, o docente/supervisor, a equipe saúde da família e a comunidade interagem no processo de aprendizagem e no desenvolvimento das atividades do Estágio;
- Discutir, com base na visão discente, a contribuição das demais disciplinas do curso para o desenvolvimento do Estágio na ESF.

Percurso Metodológico

3 Percurso Metodológico

Para analisarmos o processo de aprendizagem de estudantes de Enfermagem em Estágio Curricular Supervisionado na Estratégia Saúde da Família, realizamos uma pesquisa analítica com abordagem qualitativa, combinando estudo teórico e pesquisa de campo. Na coleta de dados, utilizamos a entrevista individual e a experiência de inserção na disciplina de Estágio Integrado I no papel de supervisora, além de um diário de campo para anotações dos eventos mais significativos. Desta forma, acreditamos ser possível conseguir uma melhor apreensão do objeto de pesquisa, atingindo, assim, a meta compreensiva do estudo qualitativo, pois, conforme Minayo (2006, p. 196), “numa busca qualitativa o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão”.

A entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, por iniciativa do entrevistador, no intuito de construir informações pertinentes à pesquisa, quanto ao objeto e aos objetivos do estudo. Esta técnica pode fornecer dois tipos de dados: primários, que se referem diretamente ao indivíduo e que só podem ser conseguidos com a contribuição das pessoas; e secundários, fatos que podem ser conseguidos por outras fontes, como censos, estatísticas (MINAYO, 2006). No presente estudo foi realizada entrevista individual semi-estruturada com questões abertas, como orientam Minayo (2006), Moreira e Caleffe (2006), possibilitando à pesquisadora uma liberdade em acrescentar questões ou elucidar respostas fornecidas pelo estudante, participante da pesquisa.

O processo de aprendizagem em Estágio na ESF foi analisado com base na experiência de estudantes do oitavo período, no semestre letivo 2007.2, ao final de sua vivência na disciplina Estágio Integrado I, denominação adotada pelo Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN

para o Estágio Curricular Supervisionado na Atenção Básica. Como critério de inclusão para a participação na pesquisa, o estudante deveria estar devidamente matriculado no referido período letivo e cursando o estágio em unidade de saúde da família, foco da pesquisa. Contudo, conforme dados da própria disciplina, todos os 40 discentes atendiam aos critérios. Assim, decidimos escolher um Distrito Sanitário do Município de Natal que apresentasse o maior número de Unidades de Saúde da Família (USFs) e de estudantes de enfermagem estagiando, tendo em vista que o Estágio também acontece nos municípios de Parnamirim e Santa Cruz, no Rio Grande do Norte. Atendendo aos critérios, foi escolhido o Distrito Sanitário Oeste (DSO), o qual também demonstra sua relevância por ter sido pioneiro na implantação da Estratégia Saúde da Família em Natal, em 1998, e possuir uma antiga tradição da presença da UFRN, através de ações de ensino, pesquisa e extensão. Caso a saturação qualitativa não tivesse sido atingida, momento em que as falas se tornam repetitivas e já não trazem fatos novos à compreensão do pesquisador sobre o grupo em estudo, o Distrito Sanitário Norte 2 seria incluído na pesquisa, porém não houve necessidade.

Desta forma, foram selecionados 10 estudantes para a participação na pesquisa, que estavam estagiando em cinco USFs no DSO, quais sejam: USF de Nazaré, USF de Nova Cidade, USF de Monte Líbano, USF de Bairro Nordeste e USF de Felipe Camarão.

O roteiro semi-estruturado que orientou as entrevistas (Apêndice A) foi testado previamente com quatro estudantes do nono período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN, que haviam cursado o Estágio na ESF no semestre anterior. A partir dos testes, foram feitas as correções no instrumento.

Respeitando os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, cadastrado com número de protocolo 113/07-CEP-UFRN, sendo aprovado

em dezembro de 2007, conforme estabelece o parecer final nº 273/2007 (Anexo). Recebeu também a autorização das instâncias envolvidas, a saber: Departamento de Enfermagem da UFRN e Gerência do Distrito Sanitário Oeste da cidade de Natal/RN (Apêndices B e C, respectivamente). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

Como estratégia de entrada no campo de pesquisa, utilizamos nossa experiência de inserção na Disciplina de Estágio Integrado I, durante o período de julho a novembro de 2007, por ocasião do cumprimento de ação docente estabelecida pela disciplina Práticas Pedagógicas em Enfermagem, oferecida por este programa de Pós-graduação em Enfermagem. Trata-se de uma disciplina que oportuniza ao discente, inserido em um mestrado acadêmico, a reflexão e ação no Ensino Superior em Enfermagem. É executada na forma de oficina de trabalho, tem carga horária de 45 horas/aula, e divide-se em momentos presenciais, nos quais há discussão e instrumentalização sobre os aspectos da educação, por meio de encontros semanais, e momentos de dispersão, nos quais o mestrando escolhe e insere-se na prática docente de uma disciplina da Graduação em Enfermagem. Desta forma, a Disciplina Estágio Integrado I foi escolhida para a realização da prática pedagógica, nas unidade de saúde da família do Distrito Oeste. Auxiliando duas docentes da referida disciplina na supervisão dos estudantes em Estágio, tive a oportunidade de inserção gradual no cenário empírico e de realização dos primeiros contatos com os estudantes, como também com os demais docentes e preceptores em espaços da UFRN e dos serviços de saúde, em especial do Distrito Oeste.

A ação de criação de uma rede de relações antes de realizar as entrevistas, ressalta Minayo (2006), favorece a realização de correções iniciais dos instrumentos de coleta de dados, produção de uma agenda e de cronograma de atividades posteriores. Tivemos a oportunidade de conhecer todos os participantes, antes da entrevista, mas convivemos mais diretamente com seis

dos 10 entrevistados, aqueles pelos quais estava responsável em auxiliar na supervisão. Após agendamento, realizamos as entrevistas individuais semi-estruturadas com os estudantes em dezembro de 2007, as quais foram gravadas para maior fidedignidade das informações. A escolha do horário e local a ser realizada a entrevista foi facultada aos estudantes, que optaram pelo horário matutino em sua maioria, oito entrevistados, e pelos locais de estágio, também oito estudantes; as demais entrevistas aconteceram no Departamento de Enfermagem da UFRN.

Durante a pesquisa, buscamos sempre operar uma integração teoria/prática, realizando um diálogo entre aspectos teóricos e empíricos. Desta forma, a partir do estudo teórico construímos as categorias para a análise dos dados, tendo como fio condutor os estudos de Humberto Maturana (2005, 2006) acerca do tema aprendizagem e, em particular, a aprendizagem na convivência. Como literatura auxiliar, utilizamos os estudos de Backes (2000), Feuerwerker e Lima (2002), Santana, Christóforo (2002), Cecim e Feuerwerker (2004a, 2004b), Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006), Timóteo, Monteiro e Uchoa (2007), dentre outros. Após leitura exhaustiva do material empírico, fomos enriquecendo passa-a-passo as categorias analíticas com as informações dos estudantes, realizando o que Gondim e Lima (2002) denominam de bricolagem.

*Apresentação do cenário empírico
e dos participantes da pesquisa*

4 Apresentação do cenário empírico e dos participantes da pesquisa

Para Maturana (2005), os organismos são sistemas fechados que se auto-organizam e produzem, mas só existem na relação com o meio e com os seres com que compartilham a convivência, recebendo e gerando estímulos. Logo, para favorecer o processo de análise dos dados, é imprescindível conhecer o meio em que os participantes da pesquisa estavam inseridos, assim como identificar as principais características destes seres de linguagem.

As unidades de saúde da família, em que os estudantes estavam estagiando, pertencem ao Distrito Sanitário Oeste⁴, da cidade de Natal/RN. Por isso, é oportuno tecermos considerações acerca deste distrito sanitário.

O DSO foi pioneiro na implantação do PSF em Natal, no ano de 1998. Naquele momento histórico, uma das principais metas era ampliar o acesso da população, com menores indicadores de qualidade de vida, à atenção primária à saúde, logo, este distrito configurou-se como prioritário, por ser aquele a possuir os maiores bolsões de pobreza, altos índices de analfabetismo, desemprego, violência e precárias condições higiênico/sanitárias. Conforme Rocha (2000), a seleção das áreas do DSO para a implantação do PSF teve por base critérios técnicos/institucionais (epidemiológicos e sócio/sanitários) e políticos. Dentre os critérios técnico-assistenciais, destacam-se: áreas que apresentavam maior índice de mortalidade infantil; territórios com maior concentração de favelas; e áreas isoladas dos serviços assistenciais de referência. No tocante ao aspecto político, foi decisiva a negociação entre a coordenação do

⁴ Na época, década de 1990, Natal possuía quatro Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste e Oeste. Recentemente, foi feita a subdivisão do Distrito Norte em dois outros, Norte 1 e Norte 2. Assim, Natal possui, atualmente, cinco Distritos Sanitários: Norte 1, Norte 2, Sul, Leste e Oeste. Segundo Mendes (1999b, p. 139), o distrito sanitário constitui-se “no espaço operativo em que um sistema de saúde adquire concretude, mediante a relação direta e recíproca entre unidades produtoras de serviços, geridas por uma autoridade sanitária, e uma população com suas necessidades e representações”. Portanto, não significa apenas uma área geográfica, mas um território vivo, em constante processo de construção (território/processo), fruto da dinâmica social dos seus atores; representando o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde.

Projeto da Rede Unida e o gestor municipal, uma vez que tal coordenação reivindicou que o PSF fosse implantado nas unidades de saúde cobertas pelo Projeto “Uma Nova Iniciativa” (UNI). Atendendo a tais critérios, o PSF foi implantado, em 1998, através da atuação de quatro equipes de saúde da família, nos seguintes bairros do DSO: Felipe Camarão, Cidade Nova e Guarapes.

No momento atual, a ESF tem sido expandida para todos os distritos sanitários da cidade. Conforme informações da gerência do DSO, neste distrito, houve uma ampliação do número de equipes de saúde da família e dos serviços de atenção básica e média complexidade, não existindo ainda serviços de alta complexidade da assistência à saúde. Esse distrito conta com a seguinte rede de assistência: 15 serviços de atenção básica à saúde, sendo 11 USFs; duas maternidades; um serviço especializado na atenção à mulher; um pronto-socorro infantil; dois prontos-atendimentos para adultos; uma clínica popular; e um posto de saúde em terminal rodoviário. Toda USF conta com três a quatro equipes de saúde da família. Em cada equipe existem os seguintes profissionais: um médico, uma enfermeira, um dentista, uma auxiliar de consultório dentário, duas auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Reconhecemos que o aumento do número de equipes é algo bastante positivo, indicando que uma maior parcela da população será adscrita, contudo, tal processo de expansão não vem sendo acompanhado por melhorias na estrutura física dos serviços, como também nos recursos materiais.

Conforme informação da gerência do DSO, o maior problema tem sido a rotatividade de médicos. Os pontos mais fortes do distrito são: a existência de, no mínimo, um profissional com capacitação específica para atenção aos portadores de tuberculose e hanseníase, em cada USF; e o crescimento do controle social, através de associação de moradores, que são apoiadas por equipes de saúde da família, instituições religiosas e organizações não governamentais, como a Rede Unida e a Natal Voluntários.

E quanto aos participantes da pesquisa, quem são?

Os estudantes foram em número de 10; são jovens com idades que variaram dos 21 aos 24 anos, e apenas um é do sexo masculino. A fim de preservar a identidade dos participantes, foram atribuídos pseudônimos que guardam relação com a principal característica do entrevistado ou palavra que mais utilizou na entrevista. Os pseudônimos escolhidos foram: Delicadeza, Empatia, Sabedoria, Utopia, Alegria, Resiliência, Pertinência, Cuidado, Maturidade e Saudade. Cuidado diz respeito ao estudante do sexo masculino.

Existiram algumas semelhanças entre os discentes:

- A maioria teve a supervisão realizada pela mesma docente, são eles: Delicadeza, Empatia, Sabedoria, Utopia, Alegria, Resiliência e Pertinência. Os demais compartilharam a supervisão de uma outra docente. Tal fato foi importante por ter indicado um perfil díspare de supervisão que trouxe influência na realização do estágio, em especial, no enfrentamento dos problemas.
- Apenas uma estudante, Saudade, estagiou sozinha na USF do Bairro Nordeste, tendo em vista que lá havia apenas uma equipe de saúde da família, logo, atendendo ao critério da disciplina, só poderia receber um estudante. Os demais discentes compartilharam o local de estágio, a saber: Delicadeza e Empatia – USF de Felipe Camarão; Sabedoria, Utopia e Alegria – USF de Nazaré; Resiliência e Pertinência – USF de Nova Cidade; Cuidado e Maturidade – USF de Monte Líbano.

A seguir, fazemos uma breve apresentação de cada entrevistado:

Delicadeza – Estudante de 21 anos, sexo feminino, demonstrou ser uma pessoa bastante delicada e alegre. Em sua entrevista foi marcante a emoção demonstrada ao falar sobre a convivência com a equipe e a comunidade, afirmando que havia criado vínculos afetivos e profissionais. Chegou a

ficar com os olhos marejados de lágrimas, por várias vezes, quando narrava momentos de comoção com a realidade de vida daquela população atendida, assim como pelas demonstrações de carinho, tanto pela comunidade, quanto pela equipe. Algo marcante é ter explicitado que o conhecimento técnico, muitas vezes, mostrou-se inadequado para resolver os problemas, pois a situação de vida da população era muito precária, impossibilitando a implementação das orientações pelos usuários, como ingerir água tratada, realizar, ao menos, três refeições diárias. Nestas ocasiões, a escuta sensível era o melhor meio para, conhecendo o contexto de vida do sujeito, buscar alternativas para a promoção da saúde. Identificou na enfermeira/preceptora um exemplo profissional e referiu que gostaria de ter convivido mais com a docente/supervisora, já que ela esteve pouco presente no serviço de saúde.

Empatia – Estudante de 22 anos, sexo feminino, demonstrou alegria, segurança e objetividade em sua fala. Afirmou que a convivência com todos da equipe foi muito boa e que viveu momentos de comoção através dos relatos da comunidade que sinalizavam a falta de condições básicas de vida. Criticou a falta de contato direto com a docente/supervisora e elogiou bastante a atuação da enfermeira/preceptora. Identificou que existe um excesso de burocracia no trabalho da enfermeira na USF, que gera perda de produtividade e sobrecarga de funções. Relatou que chegar à prática é um “baque”, tal impacto diz respeito ao fato de o estudante perceber que as coisas não são tão perfeitas como ele idealizava. Afirmou que a inserção na realidade do serviço exige uma readaptação da mente porque, muitas vezes, não é possível implementar aquele ideal aprendido no curso.

Sabedoria – Estudante de 23 anos, sexo feminino, demonstrou alegria e maturidade em sua fala.

Ao chegar à unidade de saúde, encontrei a aluna e a preceptora atendendo em local improvisado. Foi difícil conseguir um espaço adequado para a realização da entrevista, pois o trânsito de pessoas e o barulho eram muito intensos. Tal aspecto foi comentado pela estudante, referindo-se às dificuldades de se fazer saúde da família.

A estudante ressaltou que o Estágio gerou um aprendizado humano, na medida em que há a inserção na convivência com a equipe e a comunidade, e a criação de vínculos. Afirmou que a atividade acadêmica permitiu integrar as ações e moldar os conhecimentos, ligando teoria e prática. Reconheceu a importância do papel desempenhado pela preceptora, no sentido de estimular a aprendizagem com autonomia e segurança. Informou que o contato com a supervisora foi pontual, logo, não poderia dizer que foi uma convivência. Sugeriu que sejam criadas diretrizes nas unidades de saúde para nortear as ações do estudante em Estágio, assim como a reforma do ensino de Saúde Pública e uma aproximação da disciplina de Administração em Enfermagem, em relação aos Estágios Integrados. Afirmou que a prática molda o conhecimento do aluno, promove a adequação da teoria à prática. Percebeu a Estratégia Saúde da Família como ótimo meio para conhecer a realidade da população. Criticou a resistência da população às terapias alternativas, demonstrando que a cultura medicalizante permanece arraigada. Destacou a sobrecarga de tarefas vivenciada pela enfermeira, devido à falta de médico na equipe. Pontuou o distanciamento entre teoria e prática, durante o curso, como também a diversidade entre o contexto vivenciado nos demais períodos do curso e a realidade que estava experienciando no dia-a-dia do serviço de saúde, durante o Estágio Integrado I.

Utopia – Estudante de 22 anos, sexo feminino, demonstrou alegria e autoconfiança, mas também descontentamento ao falar sobre problemas do serviço de saúde e déficits do curso. Afirmou estar pronta para exercer o exercício profissional do enfermeiro na Atenção Básica. Detectou que o

principal problema na USF era a falta de compromisso de alguns profissionais, ou seja, a questão das relações humanas, situação que suscitou o desejo de aprofundar os estudos na área de Administração em nível de pós-graduação. Criticou, em uma comparação à convivência estabelecida com os agentes comunitários de saúde, o distanciamento vivido em relação às auxiliares de enfermagem e às técnicas em enfermagem, as quais demonstraram pouca abertura para a convivência e resistência para participar de atividades extra-muro, momento em que há maior diálogo, tanto dentro da equipe, quanto com a comunidade. Percebeu que tais profissionais ficam mais restritas a determinadas ações, como o curativo, a vacina e o preparo para as consultas, realizando a verificação dos sinais vitais e das medidas antropométricas. Demonstrou compreender a especificidade do ECS, embora tenha confundido os termos Estágio e aula prática. Identificou que havia bastante comunicação na equipe em que estava inserida e que a enfermeira dava autonomia, mas, acima de tudo, apoio ao estudante em estágio. Afirmou que a atividade acadêmica suscitou a competência do trabalho em equipe, a criatividade e a flexibilidade. Permitiu, também, recuperar e aprofundar conhecimentos, sendo o período do curso que mais instigou a aprendizagem, pois sentiu a necessidade de construir os conhecimentos que eram requeridos pelo exercício profissional. Identificou que existe qualidade nos serviços públicos, mas que tal fato ainda não é reconhecido pela população, que reclama bastante, demonstra pouca compreensão/paciência para aguardar o atendimento e utiliza estratégias para ser atendida com prioridade e rapidez. Criticou os déficits no ensino de Saúde Pública e Saúde Mental. Sugeriu que cada turma do curso tivesse a supervisão pedagógica de um docente, para acompanhar o desenvolvimento da turma e auxiliar na resolução de problemas. Também expressou, como indispensável, o contato do estudante mais precocemente com o cenário profissional, a fim de superar a indecisão quanto à escolha profissional, sentimento vivido por muitos estudantes no primeiro ano da graduação. Identificou a atenção básica como o nível de maior complexidade do

sistema de saúde, por nele aparecerem problemas que exigem do profissional o conhecimento sobre os três níveis de complexidade de assistência à saúde no SUS: atenção básica, média e alta complexidade.

Alegria – Estudante de 22 anos, sexo feminino, demonstrou um pouco de inibição nas respostas, mas ao poucos conseguiu relaxar e falar com tranquilidade. Afirmou que o ECS estava sendo muito bom porque possibilitava conhecer a realidade, participar do trabalho em equipe e não ficar apenas na questão das rotinas de consulta, como acontecia nos outros períodos do curso. Vivenciou a frustração de ter a vontade de mudar a realidade, mas as condições estruturais não permitirem. A partir de tal experiência, conseguiu compreender as dificuldades que as equipes enfrentam e superou sua visão negativa de que os serviços públicos não funcionam porque não há compromisso dos profissionais. Destacou que o Estágio trouxe um aprendizado para a vida e que as condições adversas do cenário profissional dificultaram a aplicação de temas estudados durante o curso, como o acolhimento e os registros de enfermagem. Pontuou a diferença entre o papel do preceptor e do professor, também entre estágio e aula prática. Ressaltou que no estágio há autonomia e compromisso estudantil quanto à aprendizagem, já na aula prática há uma postura mais passiva do estudante, que espera adquirir o conhecimento, a partir do professor.

Resiliência – Estudante de 21 anos, sexo feminino, apresentou uma linguagem bastante formal e demonstrou ser alguém delicada, estudiosa e perfeccionista. Evidenciou tristeza e chegou a ficar com os olhos marejados de lágrimas, em vários momentos, ao relatar o relacionamento conturbado com a enfermeira/preceptora, no qual prevalecia o silêncio e a hostilidade. Talvez, por tal situação, tenha solicitado que a entrevista ocorresse no Departamento de Enfermagem, embora tenhamos demonstrado disposição em ir ao serviço, no momento que ela achasse

oportuno. Afirmou que a preceptora resistiu em inseri-la nas atividades e que sua variação de humor era uma grande barreira à convivência, por isto, acredita não ter chegado a aprender o que é um trabalho em equipe, mas que conseguiu construir conhecimentos utilizando as dificuldades como estímulo, fazendo o que Cyrulnik (2006) denomina de resiliência. Também relatou que houve uma relação atribulada com a gerente do serviço, que não aceitava o Estágio e nem permitia que a aluna desempenhasse as atividades com maior autonomia. Ressaltou que a importância desta atividade acadêmica reside exatamente no fato de colocar o estudante em uma realidade que possivelmente será enfrentada na vida profissional, em especial, nas relações humanas, pois acredita que o aprendizado não é apenas técnico na vida do estudante, deve ser social também. Expressou alegria ao relatar a convivência com a comunidade, que representou um estímulo para enfrentar as adversidades e para fazer um trabalho cada vez melhor. Elogiou o apoio conferido pela docente/supervisora na superação das dificuldades e orientação no ECS, sendo decisiva no estabelecimento do diálogo entre estudante e preceptora, no sentido da construção de consensos e esclarecimento dos objetivos da disciplina Estágio Integrado I. Por isso, sugeriu que a supervisora realizasse reuniões periodicamente, no serviço de saúde, com os estudantes e os preceptoras, para auxiliar na condução da atividade acadêmica, principalmente, quando o enfermeiro fosse inexperiente na ação de preceptoria. Elogiou a oportunidade proporcionada pelo ECS no sentido do desenvolvimento da aprendizagem da prática aliada à teoria, pois era necessário resgatar e aprofundar os conhecimentos quando surgiam dúvidas e novos problemas.

Pertinência – Estudante de 23 anos, sexo feminino, era a única do grupo de entrevistados que não estava cursando a disciplina Exercício Profissional da Enfermagem naquele período, mas que não demonstrou distanciamento no discurso, quando comparada a seus colegas que estavam

cursando a referida disciplina. Demonstrou ser uma pessoa alegre, comunicativa e tranqüila. Falou de forma bastante madura sobre a experiência do Estágio. Relatou, com entusiasmo, a sua convivência com a equipe e a comunidade. Afirmou que a partir da convivência com a enfermeira passou a ver o trabalho na unidade de saúde com outros olhos, passando a gostar do Estágio e a aprender com mais facilidade. Já em relação à supervisora, identificou apoio para conduzir as atividades, de forma a exercer corretamente o exercício profissional da enfermagem. Compreendeu o Estágio como um momento de concretização de tudo que foi aprendido durante o curso, dinamização do fazer e de construção da postura profissional. Ressaltou o convívio com os agentes de saúde, durante as visitas domiciliares, como estímulo ao aprendizado do olhar integral e criticou o distanciamento demonstrado pelas auxiliares de enfermagem e técnicas em enfermagem, profissionais que compõem a equipe de enfermagem, mas que na ESF, ficavam muito restritas às atividades curativas realizadas dentro da unidade de saúde. Percebeu que a inserção na realidade do serviço permite ter uma visão do todo, interligar os programas de saúde, aprender a dar os encaminhamentos para os problemas dos usuários e a fazer um trabalho com vistas à qualidade de vida da comunidade.

Cuidado – Estudante de 23 anos, sexo masculino, comunicativo, crítico, demonstrou segurança e firmeza nos gestos. Apresentou um discurso bastante maduro acerca do seu processo de aprendizagem, sendo marcante a insatisfação quanto ao desempenho da preceptora e da supervisora durante o ECS. Afirmou que teria aprendido mais acerca do aspecto técnico da profissão, caso tivesse realizado o Estágio em uma outra USF, pois a dificuldade de relacionamento com a enfermeira prejudicou a realização de algumas atividades, assim como a falta de apoio da docente/supervisora, que visitou o serviço apenas uma vez. Explicitou que não sentia arrependimento por ter escolhido aquele campo, pois havia construído um aprendizado

integral, com destaque para o aspecto das relações humanas. Narrou fatos que indicavam insatisfação da enfermeira em receber estudantes do sexo masculino, agindo de forma hostil e restringindo a atuação do estudante, em especial nas atividades referentes à saúde sexual e reprodutiva da mulher, como a coleta da citologia oncótica, embora as usuárias houvessem entendido e concordado com a atuação do estudante. Quando a mesma enfermeira recebia estudantes do sexo feminino tinha outra receptividade. Relatou que o receio foi o sentimento marcante da experiência, pelo temor sobre como seria interpretado pela preceptora, quanto ao seu desempenho e às suas idéias. Movido por tal sentimento, reconheceu que fez todo o possível para agradar e ser aceito, mas que esse foi o seu erro, porque perdeu sua autenticidade e não conseguiu agradar de qualquer forma. Elucidou que foi criado um clima de aparências, em que o discente e a enfermeira evitavam discussões e assim não deixavam transparecer os problemas de relacionamento. Explicou que a convivência com os demais membros da equipe e com a comunidade foi bastante positiva, sendo um importante estímulo para a aprendizagem.

Maturidade – Estudante de 24 anos, sexo feminino, delicada e crítica, demonstrou maturidade em sua fala. Deixou transparecer sua satisfação com o próprio crescimento, como também com o desempenho da preceptora durante o ECS, mas, opostamente, demonstrou insatisfação pela ausência da supervisora, pois não houve nenhum contato pessoal. Criticou o excesso de burocracia e análise apenas quantitativa, pela gestão do sistema de saúde, acerca da produção dos serviços, desconsiderando as dificuldades de ordem social, material e estrutural com que a equipe tem que lidar para desempenhar as ações da Atenção Básica. Relatou que houve integração com a equipe e a criação de vínculo com a comunidade.

Saudade – Estudante de 22 anos, sexo feminino, alegre, tranqüila e receptiva. Foi a única entrevistada que já havia terminado o ECS, por isso, a entrevista ocorreu no Departamento de Enfermagem da UFRN, após uma das reuniões da disciplina Estágio Integrado I. Revelou grande satisfação com o Estágio, chegando a ficar com os olhos marejados de lágrimas ao lembrar que havia acabado. Destacou o papel da enfermeira como exemplo profissional e afirmou que a supervisora esteve ausente do serviço de saúde, mas que não identificou gravidade em tal fato, pois não havia vivido nenhum problema durante o ECS, mas acreditava que a presença da docente era importante. Identificou déficits no ensino de Saúde Pública. Sugeriu que seja mais trabalhada a questão da epidemiologia durante a formação.

*O Estágio Curricular Supervisionado:
percurso histórico da construção de um
projeto de educação em enfermagem*

5 O Estágio Curricular Supervisionado: percurso histórico da construção de um projeto de educação em enfermagem

Neste capítulo, iremos resgatar a história do Estágio Curricular Supervisionado no ensino de enfermagem, situando o Curso Graduação em Enfermagem da UFRN neste percurso histórico, e discutir o processo de inserção do ensino de enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

Antes de desenvolvermos esse tema faz-se necessário explicitar que o Estágio Curricular constitui-se, atualmente, em disciplina obrigatória na Graduação em Enfermagem, sendo realizado na atenção básica e na área hospitalar. Veremos que esta é uma realidade nova, sendo ainda mais recente a vivência deste Estágio na atenção básica, em serviços que contam com a ESF implantada, conquista que pode ser atribuída à consolidação do SUS e ao avanço da implantação da Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros.

Esclarecida tal questão, iniciemos agora este resgate histórico.

A primeira escola a ministrar o ensino sistematizado de enfermagem no Brasil, a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública (1923), atual Escola Ana Néri, surgiu no contexto do modelo do sanitarismo campanhista, com a missão de formar profissionais para contribuir com a melhoria das condições higiênicas-sanitárias, numa época em que várias epidemias assolavam o país e prejudicavam a economia agroexportadora cafeeira (sustentáculo sociopolítico e econômico do país na época) (SILVA, 1986; PIRES, 1989; GERMANO, 1993; SANTOS; SANTOS; BARREIRA, 1998; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2003). No currículo de 1923, o primeiro instituído para o ensino de enfermagem, havia destaque para as disciplinas de saúde pública. Mas, contraditoriamente, observava-se um certo direcionamento para a área hospitalar, pois era exigido das alunas oito horas diárias de trabalho no Hospital Geral do

Departamento Nacional de Saúde Pública, sem haver dispensa das aulas teóricas e práticas ministradas durante o dia, contabilizando 48 horas semanais de atividade (SILVA, 1986; GERMANO, 1993; SANTOS; SANTOS; BARREIRA, 1998; GEOVANINI et al., 2002). Tal situação é compreensível pela forte influência do positivismo e do paradigma flexneriano⁵ no ensino de enfermagem, que determinavam o foco biologicista e hospitalocêntrico adotado pelo ensino (MISHIMA; SILVA; LIMA, 1993; SAUPE, 1998; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2003).

As escolas que surgiram posteriormente seguiram a linha adotada pela Escola Ana Néri, já que esta foi considerada, em 1931, pelo Governo como Escola Oficial Padrão (GERMANO, 1993). O curso era intensivo, as alunas estudavam em regime de internato ou semi-internato, sendo característica a integração educação/trabalho, uma vez que as docentes eram enfermeiras do serviço e as alunas supriam as demandas desse serviço, trabalhando diariamente. Contudo, percebe-se que muitas vezes os hospitais utilizavam as alunas como mão-de-obra barata, fato considerado desfavorável à aprendizagem pelas instituições de ensino, mas suportado devido à necessidade de garantia do ensino prático, que, de outra forma, não poderia ocorrer (FORTES, 2001).

⁵ O Paradigma Flexneriano teve origem em uma pesquisa feita por Abraham Flexner sobre o ensino médico nos Estados Unidos e Canadá, no final do século XIX, que delineou um quadro caótico do ensino médico àquela época e apontou soluções para os problemas. O relatório, deste estudo, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie, denominado Relatório Flexner, influenciou a transição da medicina do empirismo ao cientificismo, movimento com fortes repercussões no século XX e com resultados visíveis até os dias atuais, em campos como as ciências médicas, o ensino médico, as práticas profissionais e a produção de serviços na área da saúde (CAMARGO, 1996; SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999). Outros relatórios desta natureza foram produzidos naquele período, mas não tiveram notoriedade semelhante ao Relatório Flexner, fato atribuído à influência das fundações privadas americanas, que investiram milhões de dólares na implementação das propostas deste relatório (CAMARGO, 1996). Muitas práticas indicadas pelo Relatório ainda hoje são hegemônicas na saúde, tais como: a valorização do hospital como espaço de cura e eixo estruturante dos serviços e da formação; o privilégio da abordagem clínica individual; a especialização intensiva; o controle e a auto-regulação do exercício profissional; e a ênfase na pesquisa biológica (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2002). Críticas a este paradigma apontam que ele deu origem a práticas médicas que incorporaram elementos, como o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo, perdendo de vista o humano e a relação médico x doente (MENDES, 1999a). Tais práticas também têm se mostrado bastante onerosas, devido ao excessivo uso de recursos tecnológicos que demandam (SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999; SANTANA; CHRISTÓFARO, 2002).

Somente em 1949 o ensino de enfermagem foi regulamentado, havendo a primeira reformulação do currículo, conforme Decreto 27.426/49, após a promulgação da Lei 775/49, que dispõe sobre o ensino de enfermagem no país, ficando, a partir de então, a cargo do Ministério da Educação e Saúde, não mais da Escola Ana Néri, o reconhecimento das escolas (GERMANO, 1993; ITO, 2005).

Apenas em 1961 o ensino de enfermagem tornou-se universitário, por força da Lei 2.995/56 que revogou a Lei 775/49, estabelecendo um prazo de cinco anos para que a enfermagem atendesse às exigências de ingresso no ensino superior, no caso, a conclusão do ensino de nível médio (GERMANO, 1993; ITO, 2005).

O ensino passa a ser regido pelo Conselho Federal de Educação, que tinha como uma das atribuições, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN/61), a fixação de um currículo mínimo para o Curso de Graduação em Enfermagem, o qual foi regulamentado pelo Parecer 272/62 (SILVA, 1986; GERMANO, 1993; ITO, 2005). Este novo currículo tinha forte caráter curativista, trazendo importantes conseqüências para o ensino prático. Algumas medidas adotadas foram: redução dos períodos de prática, com carga horária semanal estabelecida em 20 horas, devido à redução da duração do curso, de quatro para três anos; permanência do professor no campo somente durante o período de prática; assim, as escolas deixaram de assumir a responsabilidade pela assistência (FORTES, 2001). Depreende-se deste fato que o caráter formativo da prática foi preservado, protegendo as estudantes do trabalho precarizado. Contudo, o distanciamento ensino/serviço prejudicou, sobremaneira, a execução desta atividade acadêmica, problema acentuado pela Reforma Universitária de 1968, conforme Lei 5.540/68, que tornou obrigatória a exclusividade, no ensino, das enfermeiras docentes (SILVA, 1986; GERMANO, 1993; FORMIGA, 2000; FORTES, 2001; ITO, 2005). Surgiram, assim, fossos entre ensino e prática, pesquisa e prática, que se refletem no descompasso da

relação entre ensino/prática/pesquisa vivenciado até hoje, problemática que fomenta, desde a década de 1970, discussões sobre a necessidade de promover a integração docente-assistencial (SILVA, 1986; GERMANO, 1993; FORMIGA, 2000; FORTES, 2001; ITO, 2005). O ensino prático também foi prejudicado significativamente, pois as docentes perderam contato com a realidade da profissão e espaço nos hospitais-escola para as enfermeiras do serviço. Dessa maneira, as docentes passaram a se sentir, por vezes, intrusas e indesejadas, sensação também vivenciada pelo estudante, que já não assumia todo o cuidado com o paciente, fragmentando a prática e gerando descontentamento da equipe do hospital (SILVA, 1986; GERMANO, 1993; FORMIGA, 2000; FORTES, 2001; ITO, 2005).

Como consequência dessa Reforma Universitária, um novo currículo foi construído para a enfermagem, em 1972, conforme Parecer 163/72 e Resolução 4/72, o qual teve como conquista significativa a determinação de que as atividades práticas deveriam ter carga horária não inferior a um terço da parte profissionalizante do curso (SILVA, 1986; GERMANO, 1993; FORTES, 2001; ITO, 2005). Assim, as aulas práticas no curso continuaram a existir e surge o Estágio Supervisionado a ser realizado ao final do curso, o qual estava atrelado principalmente à disciplina Administração Aplicada à Enfermagem, mas também às três habilitações que foram criadas na época: Saúde Pública, Obstetrícia e Médico-Cirúrgica (BACKES, 2000; FORMIGA, 2000; ITO, 2005). Contudo, em um sentido mais concreto, identificamos o componente prático da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem como raiz histórica do Estágio Curricular.

Sucintamente, percebemos que, em seus primórdios, o ensino de enfermagem no Brasil transitou do foco na saúde pública para o foco na saúde individual, conforme a política pública de saúde de cada época, consequência do modelo sociopolítico e econômico do país. Inserido no contexto da economia agroexportadora cafeeira, nos moldes do sanitarismo campanhista, o ensino de enfermagem enfocou a Saúde Pública em seus primeiros currículos, 1923 e 1949, como

forma de combater as doenças de massa que ameaçavam a economia do país. Já a partir da década de 1930, com a introdução da industrialização no país e desenvolvimento do capitalismo, com base na exclusão e concentração de renda, o sistema de saúde e o ensino de saúde são permeados pelo modelo médico-assistencial privatista, que se volta para a atenção individual curativista; a missão era manter e restaurar a capacidade produtiva do trabalhador da indústria e estimular o consumo de equipamentos médico-hospitalares, de forma a contribuir cada vez mais com a reprodução do capital (SILVA, 1986; GERMANO, 1993; LAUTERT; UNICOVSKY, 1998; SAUPE, 1998; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2003). Dessa forma, o paradigma flexneriano vai orientar todo o modo de pensar, fazer e ensinar saúde, enfocando a atenção curativa, com caráter elitista e hospitalocêntrico. Isto é visível no currículo de 1962, no qual a disciplina de Saúde Pública é transformada em optativa, e, no currículo de 1972, quando tal disciplina torna-se habilitação, permitindo que o aluno conclua sua formação sem ter base em saúde pública, uma ação totalmente incoerente com as necessidades de saúde da população brasileira (SILVA, 1986; GERMANO, 1993; LAUTERT; UNICOVSKY, 1998; SAUPE, 1998; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2003).

Ainda na década de 1970, surge uma legislação federal que regulamentou o estágio curricular de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de ensino profissionalizante, a qual continua em vigor, com algumas atualizações. Trata-se da Lei 6.494/77, regulamentada pelo Decreto 87.497/82 do Ministério do Trabalho, que considera como Estágio Curricular:

Atividades de aprendizagem social, profissional e cultural proporcionadas ao estudante pela participação em situações reais de vida e trabalho de seu meio, sendo realizada na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob responsabilidade e coordenação da instituição de ensino (BRASIL, 2006d).

Tal legislação surgiu como forma de coibir a utilização da força de trabalho do estagiário como mão-de-obra barata e garantir que a finalidade do estágio fosse atendida no que tange ao intuito de proporcionar ao estudante experiência prática na sua linha de formação, concedendo-lhe complementação do ensino e da aprendizagem (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d). Representou, portanto, um grande avanço para o ensino de enfermagem, quando comparada à forma como ocorria em sua origem, período em que as estudantes eram a força de trabalho dos hospitais de ensino.

É dentro deste momento histórico e educacional da década de 1970 que ocorre a criação do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN, em 1973, sendo oficializado em 1974 e reconhecido pelo Conselho Federal de Educação em 1978 (TIMÓTEO, 2000; FORMIGA, 2000).

Durante a década de 1970, a prática de Administração Aplicada à Enfermagem na UFRN era ministrada na forma de Estágio Supervisionado Obrigatório, realizado apenas no Hospital das Clínicas (HC), atual Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), no sistema de rodízio entre divisão de enfermagem e unidades de internação, com supervisão direta dos enfermeiros da instituição e, indireta, dos docentes da disciplina (FORMIGA, 2000). Havia um ensino tradicional, bancário, pautado no paradigma técnico linear, centrado no modelo biologicista e na administração tradicional, cujas bases eram as idéias de Taylor e Fayol (FORMIGA, 2000). Permeado pela racionalidade do trabalho, no componente prático dessa disciplina enfatizava-se a unidade hospitalar burocrática e valorizavam-se questões meramente disciplinares no acompanhamento do estudante (FORMIGA, 2000).

Quanto a essa característica do ensino de enfermagem, depreendemos que era a marca da época, como critica Germano (1993), que o enfermeiro era formado para ser alguém disciplinado e obediente, que realizasse o cuidado e não exercesse a crítica social, contribuindo para a reprodução dos interesses do Estado. Inferimos também, desse período, a forte influência

exercida pela Pedagogia da Escola Tradicional e pela Pedagogia da Escola Tecnicista sobre o ensino de enfermagem (NIETSCHE, 1998).

Em 1977, ocorre a primeira reforma do currículo da Graduação em Enfermagem da UFRN, havendo ampliação da carga horária do curso; logo, a disciplina Administração Aplicada à Enfermagem também muda, contudo apenas em carga horária, que é ampliada de 180 para 270 horas. Os reflexos de tais mudanças também são vivenciados no componente prático da referida disciplina (FORMIGA, 2000).

Em 1982, acontece uma nova reforma curricular no curso da UFRN, que instituiu a adaptação das disciplinas Administração Aplicada à Enfermagem e CRUTAC⁶ como Estágio Supervisionado Obrigatório, ao final do curso; nesse período também foi importante a experiência de ampliação dos campos de estágio, incluindo hospitais públicos de Natal e não apenas o HUOL (FORMIGA, 2000). Já no final da década de 1980 ocorre uma tentativa, proposta por uma minoria das professoras da disciplina Administração, de inserção da atenção básica no estágio com carga horária de 60 horas, mantendo 165 horas no hospital. Tal iniciativa, infelizmente, não perdurou, voltando a estrutura antiga em 1991, centrada na área hospitalar, no HUOL (FORMIGA, 2000). Na análise deste fato, corroboramos Morin (2005) ao afirmar que na reforma da educação existem grandes resistências, representadas pela própria burocracia e inflexibilidade da estrutura universitária e das pessoas, principalmente dos professores que não aceitam alterações em seus hábitos e autonomias disciplinares. Assim, o autor declara que existe um impasse, um duplo bloqueio: “não se pode reformar a instituição sem uma prévia reforma das mentes, mas não se podem reformar as mentes sem uma prévia reforma das instituições” (MORIN, 2005, p. 99).

⁶ Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária.

Retomando o cenário nacional, registramos que o currículo mínimo de 1972 gerava insatisfação na categoria desde sempre, a qual foi intensificada, a partir dos anos 1980, pela influência de diversos movimentos políticos e sociais da época, os quais suscitaram um repensar no processo saúde/doença, dentre os quais se destacam: a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, ex-URSS, ocorrida em 1978, na qual é criada a meta universalista “Saúde para todos no ano 2000” (SPT2000); o Movimento da Reforma Sanitária; a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida, em 1986, em Brasília/DF; o Movimento Participação, no âmbito da Enfermagem; e o movimento pela redemocratização do país (GERMANO, 2003; FAUSTINO et al., 2003).

Com a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas de Assistência à Saúde (LOAS) 8.080/90 e 8.142/90, é criado o SUS, política pública de saúde que possui um arranjo organizacional orientado por princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e diretrizes organizativas (descentralização com comando único em cada esfera de governo, regionalização, hierarquização e participação popular) (MENDES, 1999a; VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Nesse contexto, o ensino na área da saúde vê-se diante de um novo desafio: formar profissionais aptos a atuar técnica, social e politicamente na construção do SUS, com vistas à consolidação da reforma sanitária (ALMEIDA, 1986; GERMANO, 2003; BONETTI; KRUSE, 2004; SANTOS, 2006; CARVALHO, CECCIM, 2006; BERNARDINO; OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006). Algo imprescindível, neste processo de transformação do ensino em saúde, é o papel do Estado na promoção de mudanças, uma vez que está expressa na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90, como uma das atribuições do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos para o sistema; sendo o marco legal para a intervenção do Ministério da Saúde na formação, numa perspectiva de ação integrada com o Ministério da Educação e Cultura (CECIM; ARMANI; ROCHA, 2004; CECIM; FEUERWERKER, 2004b).

É importante registrar, que, desde a década de 1980, diversos movimentos por mudanças na graduação das Ciências da Saúde ocorriam e foram intensificados nos anos 1990. Seus ideais estavam assentados nas discussões da Saúde Coletiva e no Movimento da Reforma Sanitária, defendendo as seguintes mudanças no ensino: aproximar o ensino em saúde das necessidades de saúde da população; antecipar o contato do estudante com a realidade do mundo do trabalho e da política de saúde; promover a integração ensino/serviço/comunidade, assim como ensino/pesquisa/extensão; orientar o ensino em saúde para a integralidade da atenção; promover a integração entre a clínica e a saúde coletiva; adotar a rede de serviços do SUS como cenário de aprendizagem, deslocando o foco excessivo no hospital e valorizando os cenários da Atenção Básica e da comunidade na aprendizagem (CARVALHO; CECCIM, 2006). Destes movimentos, destacam-se: iniciativas locais de integração ensino/serviço dispersas pelo país; a Rede de Integração Docente/Assistencial (IDA), com projetos em toda a América Latina nos anos de 1980; os Projetos UNI, nos anos de 1990; e a Rede UNIDA, fruto da junção entre as iniciativas IDA e UNI (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Assim, dentro deste cenário de grandes transformações e efervescentes discussões, com a liderança e organização da ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), a enfermagem organiza-se nacionalmente para discutir os rumos do ensino e construir o novo Currículo Mínimo da Enfermagem, o qual foi aprovado pelo MEC, em 1994, com algumas alterações, conforme a Portaria n. 1.721/94 (SAUPE, 1998; GERMANO, 2003; SANTOS, 2003; FAUSTINO et al., 2003). Nele ocorre a reinclusão da disciplina Saúde Pública na organização curricular dos cursos e são abolidas as habilitações, que representavam grande estímulo à fragmentação e especialização do saber (SAUPE, 1998; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001; GERMANO, 2003). Também é estabelecido o Estágio Curricular Supervisionado, estruturado com duração mínima de dois semestres, a ser cumprido ao final do curso, incluindo rede básica e hospitalar.

Tal organização avança significativamente em relação ao currículo mínimo de 1972, no qual havia apenas o componente prático da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem como ação didática com alguma identidade com o atual Estágio. Neste momento, o Estágio é constituído como disciplina, componente curricular, assumindo uma estrutura autônoma e relacional com a disciplina de Administração e com as demais disciplinas do curso.

Atendendo ao novo currículo mínimo, os cursos iniciaram a revisão de seus currículos plenos, situação que não foi diferente na Graduação em Enfermagem da UFRN, que desde 1986 vivenciava um processo de avaliação sistematizado e contínuo acerca do curso (TIMÓTEO, 2000; UFRN, 1997). Tendo participado ativamente, também, da elaboração da proposta de currículo mínimo, de 1994, e dos movimentos sociais e políticos nacionais, anteriormente citados, a comissão de currículo do curso intensificou seus trabalhos a partir de 1994, havendo a implantação da proposta curricular em 1997 (TIMÓTEO, 2000; UFRN, 1997; TIMÓTEO; MONTEIRO; UCHÔA, 2007).

A estruturação do Projeto Político/Pedagógico (PPP) do curso de Enfermagem da UFRN teve como objetivo e desafio romper com o pensar/fazer fragmentado, substituindo-o pelo pensamento integrado, inter-relacionado, contextualizado e global (UFRN, 1997). Pretende formar o enfermeiro através da oportunidade de desenvolvimento de uma ação crítica, transformadora, técnico/científica e ética, na prestação de uma assistência fundamentada nos paradigmas epidemiológicos e clínicos da saúde e nos procedimentos científicos e sistematizados da enfermagem (TIMÓTEO, 2000).

Em 1998, ocorre na UFRN a junção entre o componente prático da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem e o Estágio Supervisionado CRUTAC, ambos com 225 horas, totalizando 450 horas de estágio, distribuídas na rede básica e hospitalar (FORMIGA, 2000). Materializava-se, assim, a execução do Estágio tanto na Atenção Básica quanto na área

hospitalar, atendendo ao que fora estabelecido pelo currículo mínimo de 1994. A partir desta década de 1990, segundo Formiga (2000), o ensino de Administração na UFRN começou a seguir uma tendência mais participativa, com uma visão crítica da realidade social, a avaliação assume caráter formativo, a visão do objeto de trabalho do enfermeiro é ampliada, defendendo não apenas o gerenciar, mas também o cuidar, o pesquisar e o educar (FORMIGA, 2000).

A proposta curricular implantada na Graduação em Enfermagem da UFRN, em 1997, foi atualizada sob a forma de PPP em 2001 e esteve em vigor até 2007, sendo a proposta que orientou o ensino durante o período de graduação dos estudantes participantes desta pesquisa (TIMÓTEO; MONTEIRO; UCHÔA, 2007). A estrutura curricular deste PPP é organizada em cinco áreas temáticas, havendo a disposição das disciplinas em nove semestres letivos, seguindo uma orientação por ciclos de vida. O processo de formação do enfermeiro é orientado por quatro grandes competências, quais sejam: assistir/intervir, gerenciar/administrar, educar/ensinar e investigar/pesquisar. Neste PPP, o Estágio Curricular Supervisionado é denominado Estágio Integrado, havendo o Estágio Integrado I – Administração e Assistência de enfermagem em Serviços Básicos de Saúde – e Estágio Integrado II – Administração e Assistência de enfermagem em hospitais. São disciplinas obrigatórias para a integralização curricular, cursadas nos dois últimos períodos da graduação, oitavo e nono períodos, com enfoque eminentemente prático. Contemplam o exercício profissional na rede básica de serviços de saúde e na rede hospitalar, bem como as atividades educativas e de investigação científica, sendo concebidos como uma intervenção prática em situação de vida e trabalho (UFRN, 1997; UFRN, 2007). Oportunizam, também, a aplicação dos conhecimentos e habilidades adquiridos ao longo do curso, visando proporcionar uma avaliação das competências profissionais pelo aluno, antes do seu efetivo ingresso no mercado de trabalho (UFRN, 1997). No trecho que segue temos a visão de uma aluna sobre a função do Estágio I:

A função desse estágio, como a gente já sabe, é de justamente pôr em prática aquilo que a gente vivenciou durante nossa Graduação, pôr em prática a nossa teoria. A gente vê o quanto é importante o estágio na nossa graduação, porque eu tava analisando: se eu fosse sair diretamente, por exemplo, pro mercado de trabalho só com essa teoria, sem essa parte de estágio, eu ia sair burra, digamos assim. O estágio é essa maneira de integrar teoria à prática. E tá sendo muito bom, porque às vezes a gente acha que tudo vê no livro, mas não é assim, e quando você passa a praticar aquilo que você aprendeu com a literatura, é bem mais diferente. No estágio a gente você vai ter a relação interpessoal, vai ter o trabalho em grupo, e tudo isso também faz parte do aprendizado (Resiliência).

Embora a fala da estudante seja sobre o Estágio I, acreditamos que ela também pode ser válida para pensar o Estágio II, uma vez que tem uma conotação bem geral acerca da função do Estágio Curricular na Graduação em Enfermagem da UFRN. Um outro aspecto importante é a valorização do Estágio como oportunidade de vivenciar a relação interpessoal e de integrar teoria e prática; contudo, podemos depreender que esta integração remete à aplicação da teoria aderida à prática na unidade básica de saúde. Defendemos que o Estágio é uma atividade acadêmica que conduz ao aprendizado teórico e prático, de forma integrada, não sendo apenas aplicação ou prática, ao final do curso, de toda a teoria aprendida, embora esta visão esteja presente no PPP da Enfermagem da UFRN e em algumas falas dos discentes entrevistados. Curioso é perceber que ora os alunos expressam na fala esta visão de aplicação de conhecimentos, ora de construção de novos saberes através da integração teoria/prática. Vejamos outro trecho da mesma estudante, anteriormente citada, que ilustra esta nossa afirmação:

[...] uma coisa que eu achava ruim nas outras disciplinas é que a gente passava cinco dias no campo de prática, e quando a gente tava começando a conhecer aquele campo, começando a se familiarizar, aí acabava. E agora a gente teve a oportunidade de passar três a quatro meses no serviço. Eu pude tá vivenciando outras coisas, coisas novas. E também pude tá colocando em prática o que eu tinha aprendido nas disciplinas, mas às vezes era preciso buscar um pouquinho a mais, pesquisar mais um pouquinho, perguntar a alguém como é que consegue isso. [...] o estágio tá sendo esse espaço, essa oportunidade mesmo pra poder colocar... a gente volta, às vezes, lá pros outros períodos, pras outras disciplinas (Resiliência).

Podemos identificar, nesta fala, tanto o sentido de aplicação, quanto de construção de conhecimentos durante o processo de aprendizagem em Estágio Supervisionado. No que diz respeito a esta construção, identificamos que, para implementar a prática, o estudante vê-se compelido a resgatar os conhecimentos e habilidades anteriores, aprofundá-los e buscar informações sobre temas novos que surgem no Estágio. Logo, é neste processo de busca por novos saberes que ele tece as relações entre teoria e prática. Depreendemos que o destaque dado pelo curso e pelos estudantes à oportunidade de exercer a prática pode ser atribuído ao fato desta atividade acadêmica, propositalmente, oferecer um maior número de oportunidades e diversidade de ações, uma vez que o aluno tem um maior tempo de permanência no serviço de saúde e não está compartilhando as oportunidades com um grupo de colegas; algo comum nas aulas práticas.

Nenhuma atividade acadêmica pode/deve ser apenas teoria ou prática, pois toda execução de uma prática é fundamentada em uma teoria, como também a teoria tem como fundamento a prática. Neste sentido, é pertinente o alerta feito por Silva (2005), de que a relação teoria/prática e a inserção do estudante na realidade do mundo do trabalho devem permear todas as ações propostas no PPP do curso, de forma a evitar a dicotomização entre teoria e prática. Ainda, conforme esta autora, deve-se evitar a concepção dicotômica entre o estágio, como período da prática, e os demais períodos do curso, como momentos da teoria, pois ambos têm a responsabilidade de teorização, reflexão e desenvolvimento de habilidade e atitudes, na busca por uma educação integral (SILVA, 2005).

Esta dicotomização entre teoria e prática foi alvo de crítica de uma das entrevistadas, a seguir:

Uma coisa que eu reclamo desde o início do curso é do aluno ver teoria, teoria, teoria, aí depois vai pra um mês de prática. Eu sentia muita dificuldade com isso. [...] tudo bem, tem a questão dos professores, tem a questão do departamento ser distante dos

campos de prática, tem várias questões que influenciam isso. Mas eu acho que se fosse possível tá oportunizando a esses alunos de tá aprendendo agora, e em no máximo uma ou duas semanas, tá botando em prática, seria muito bom o aprendizado, porque fixa o assunto, fixa melhor o que eles viram na teoria, na sala de aula (Resiliência).

Inferimos, desta fala, que a questão da dicotomia teoria/prática não é algo que pode ocorrer só entre a disciplina Estágio e as demais disciplinas do curso, mas também dentro destas mesmas disciplinas. Compreendemos, também, que esta pode não ser uma realidade restrita apenas ao Ensino Superior em Enfermagem.

No tocante ao Estágio, o estudo de Timóteo, Monteiro e Uchôa (2007), verificou que, no Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN, ainda permanece a concepção sobre esta atividade acadêmica como o momento de aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o curso, numa forma dicotomizada da teoria.

Continuando nosso resgate histórico, é importante destacar que no cenário nacional, em 1994, é criado o PSF, o qual passou a ser concebido como estratégia de reorganização do sistema de saúde brasileiro, a partir da atenção básica; daí a denominação de Estratégia Saúde da Família, adotada anos depois (MENDES, 1999a; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; RET-SUS, 2008).

Do caráter de Programa, a Saúde da Família passa a ser concebida e executada como política pública de Estado, tendo por base os princípios do SUS. Sua implantação tem se constituído em grande impacto ao fazer e ensinar saúde, uma vez que requer novas competências para o exercício profissional e, especificamente para a Enfermagem, imprime uma ampliação do campo de ação do enfermeiro (VIEIRA; OLIVEIRA, 2001; PIERANTONI; VARELLA, 2002; FEUERWERKER; LIMA, 2002; GERMANO, 2003; CECIM; FEUERWERKER, 2004b). Logo, inserir o estudante neste cenário profissional e educativo tem sido um dos novos desafios do ensino em saúde.

É importante mencionar que devido ao fato da Saúde da Família estar sendo expandida para todo o Brasil, a inserção do ensino na Estratégia tem sido paulatina. Logo, existe a possibilidade de o estudante realizar o Estágio Curricular na atenção básica em dois cenários: unidades básicas de saúde ou unidades de saúde da família.

Isto posto, torna-se relevante salientar que, na história do ensino de enfermagem no Brasil, com o tempo, ficou evidente no cenário nacional que o currículo mínimo de 1994 não conseguiu superar as divergências que o originaram, sendo identificada a necessidade de rediscutir os rumos da educação em enfermagem no país, contexto que deu origem ao Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEN), em 1994 (FAUSTINO et al., 2003; SANTOS, 2003; GERMANO, 2003; BONETTI; KRUSE, 2004).

Com a aprovação da nova LDBEN, Lei 9394/96/MEC, novos desafios são lançados, pois são extintos os currículos mínimos dos cursos de graduação e fica estabelecido que seriam criadas Diretrizes Curriculares Nacionais para orientar o ensino superior (FAUSTINO et al., 2003; SANTOS, 2003; GERMANO, 2003; BONETTI; KRUSE, 2004).

Os movimentos de mudança do ensino de graduação em saúde, anteriormente discutidos, tiveram relevante contribuição no processo de construção das Diretrizes Curriculares dos Cursos, havendo destaque para a atuação da Rede UNIDA neste processo de transformação (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Neste contexto, a enfermagem intensifica suas discussões internas, tendo o SENADEN como grande *forum*, e, no Ministério da Educação, uma comissão de especialistas também trabalha na construção de diretrizes para o curso de graduação em enfermagem (SAUPE, 1998; SANTOS, 2003). Mesmo em um tom de descompasso entre os dois espaços de trabalho, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem são construídas,

sendo aprovadas pelo MEC, conforme Resolução CNE/CES n. 3, de 2001 (SAUPE, 1998; SANTOS, 2003; BONETTI; KRUSE, 2004; XAVIER; FERNANDES; CERIBELLI, 2003).

Quanto ao Estágio, as Diretrizes Curriculares estabeleceram:

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001, p. 4).

Com esta nova legislação, identificamos um significativo avanço na construção do ECS, uma vez que: foi fixada carga horária representativa dentro do curso, valorizando a articulação educação/trabalho; ficou estabelecida a participação do preceptor (enfermeiro do serviço) e do docente da instituição de ensino superior, para comporem a supervisão direta e indireta, respectivamente, do estudante; foram valorizados diversos cenários de aprendizagem, não apenas o hospital, estimulando a articulação entre ensino/serviço/comunidade; foi reafirmada a articulação do estágio com as demais disciplinas do curso, uma vez que, desde 1994, o estágio deixou de estar atrelado à disciplina Administração Aplicada à Enfermagem, como componente prática desta, para se constituir como disciplina.

Algo dialético neste processo de transformação do ensino de enfermagem, no que diz respeito ao Estágio, é que mesmo sendo desmembrado da disciplina Administração, não pode ser negada a relação entre ambos. No caso do PPP da Enfermagem da UFRN, coerentemente, os Estágios Integrados não se constituem em áreas temáticas, mas são conclusivas das áreas de

Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem (UFRN, 2007). Os próprios discentes entrevistados fizeram repetidas alusões à relação do Estágio com a disciplina Administração em Enfermagem, afirmando que utilizavam diariamente os conteúdos nela trabalhados. Uma entrevistada, inclusive, sugeriu que Administração fosse ministrada mais próxima aos Estágios I e II, de forma a proporcionar ao estudante uma melhor integração dos conhecimentos. Vejamos uma fala sobre este aspecto:

Administração deveria ser colocada mais pra lá, mais pra perto de Estágio I, porque a gente usa muito aqui, eu acho que no hospital, no Estágio II, a gente vai usar bastante também (Sabedoria).

A relevância dada à Administração em Enfermagem pode ser atribuída ao fato de o Estágio configurar o primeiro momento, durante a formação, em que o estudante desenvolve a competência gerencial, pois muitas falas reiteraram que as competências ligadas ao cuidar, educar e pesquisar haviam sido bem desenvolvidas anteriormente. Principalmente no que diz respeito ao aspecto assistencial, para muitos dos entrevistados, a realidade do Estágio foi muito similar ao que fora desenvolvido em períodos anteriores da graduação, como veremos nas falas a seguir:

[...] dentro da parte da gerência tem a parte da supervisão, que foi o que a gente viu em Administração e que eu tinha muita curiosidade em ver, em presenciar como é que era feito isso. Porque a supervisão, como a gente estudou bastante lá em Administração, não era você só criticar: “Não, essa coisa aí tá errada! Isso não é assim!” Eu queria saber como é que o enfermeiro fazia, como é o gingado dele com isso, quais os instrumentos que ele ia utilizar direitinho (Resiliência).

O aprendizado de consulta, essas coisas, é muito semelhante com os demais [períodos do curso] (Pertinência).

É perceptível nas falas o desejo de conhecer e aplicar os instrumentos gerenciais utilizados pela enfermagem que foram discutidos durante o curso, mas não haviam sido vistos na prática, tal como a gerência com enfoque pedagógico. O aprendizado assistencial já se configurava como algo mais comum e, de certa forma, consolidado para a estudante.

Atualmente, no curso de Graduação em Enfermagem da UFRN, o Estágio Integrado I acontece em USFs de Natal, Parnamirim e Santa Cruz, municípios do Rio Grande do Norte, com carga horária de 360 horas (UFRN, 2007). Tendo por base a organização da própria ESF, o número de estudantes de Enfermagem da UFRN por USF é proporcional ao número de equipes de saúde da família existente, sendo estabelecido um estudante por equipe. Outra peculiaridade é que neste estágio é exigido do estudante um trabalho de intervenção, além do relatório final, como contrapartida do ensino ao serviço.

O Estágio Integrado II acontece em hospitais públicos e privados de Natal e de Santa Cruz, municípios do Rio Grande do Norte, com carga horária de 408 horas (UFRN, 2007).

Na operacionalização dos Estágios Integrados I e II na Enfermagem da UFRN, o desempenho do estudante é acompanhado, de forma direta, pelo enfermeiro do serviço e, indireta, pelo docente em reuniões de acompanhamento e visitas aos serviços. A avaliação é contínua, constando, especialmente de três seções de desempenho pelo enfermeiro preceptor, com auto-avaliação do discente, e avaliação geral feita pelo docente, através das fichas de desempenho já anteriormente preenchidas no Estágio e pela análise do relatório e trabalho final do discente (UFRN, 2007). O relatório final é também encaminhado aos serviços de saúde.

Seguindo uma tendência nacional, na disciplina Estágio Integrado I da Enfermagem da UFRN, existe uma prioridade de inserção do estudante em Unidades de Saúde que tenham a ESF implantada. Esta intenção tem sido explicitada pelas docentes da disciplina e foi verificada na pesquisa realizada por Timóteo, Monteiro e Uchôa (2007), que investigaram a inserção do

enfoque da ESF no cotidiano pedagógico dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da UFRN. Por ocasião da pesquisa, ao entrevistarem a coordenadora do Curso de Enfermagem da UFRN, as pesquisadoras obtiveram o seguinte relato:

[...] O estágio do 8º período é o estágio do processo de trabalho de enfermagem na unidade básica de saúde. Mas, a gente está tirando esse foco de ser na unidade de saúde enquanto estrutura. A gente está trabalhando com saúde da família, então o aluno apesar de ir para a estrutura da unidade básica vai desenvolver toda a Estratégia Saúde da Família. A gente dá ênfase ao aluno ir para uma unidade que tenha o PSF implantado. A gente tá priorizando (TIMÓTEO; MONTEIRO; UCHÔA, 2007, p. 79).

Esta valorização da ESF como cenário de aprendizagem tem crescido nos últimos anos, processo impulsionado por demandas internas e externas. No cenário interno, existe a necessidade de transformação do próprio ensino para superação do modelo clínico/biológico/flexneriano, como também, o imperativo de integração com os serviços de saúde; neste aspecto, inserir-se na ESF é uma ótima solução, já que esta tem por base o conceito ampliado de saúde e está organizada em conformidade com a vigilância à saúde. Já no cenário externo, há a prerrogativa do ensino em saúde alinhar-se aos princípios e diretrizes do SUS e de responder à demanda educacional por profissionais generalistas que possam contribuir para a materialização da Reforma Sanitária Brasileira. São exigidas desses profissionais competências não apenas no âmbito técnico/científico, mas também no aspecto humano, político e administrativo que permitam o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (ALMEIDA, 1986; GERMANO, 2003; BONETTI; KRUSE, 2004; AKERMAN; FEUERWERKER, 2006). No caso da enfermagem, tal inserção tem ocorrido em vários momentos da graduação, sendo o período do Estágio Curricular Supervisionado na atenção básica o mais intensivo e o que permite uma atuação mais ampla, como bem expressaram os estudantes:

(...) a gente passou sete semestres, começa a ter contato no quinto e no sétimo período com a unidade básica de saúde, mas você vê a ação da enfermagem e da própria unidade de uma forma muito desmembrada. Mas, a partir do oitavo período, que você tá lá atuando realmente nas atividades da enfermagem, aí você vê realmente como é o funcionamento da unidade e como é realmente o funcionamento de uma enfermeira dentro da unidade, o papel que lhe cabe (Saudade).

O estágio é muito bom porque quando a gente tava nos períodos anteriores e a gente não ficava direto no campo, então, a gente acabava não conhecendo a realidade. É como se você passasse sem realmente ver, só fizesse os procedimentos, aquilo que fica agendado. A gente não conhece quais realmente são as dificuldades pra quem trabalha na unidade (Alegria).

No relato das estudantes podemos depreender que houve a construção de um novo olhar sobre o serviço de saúde e o exercício profissional, algo de grande relevância para a formação de recursos humanos para o SUS. Foi oportunizada ao estudante a vivência da realidade do processo de trabalho em saúde, de maneira integral, fazendo com que este deslocasse seu olhar dos aspectos apenas curativistas e procedimentais, para perceber a dinâmica do processo de trabalho na atenção básica. Acreditamos que ao vivenciar e perceber as dificuldades do exercício profissional, o estudante constrói noções importantes como o respeito, a resiliência, a alteridade, o compromisso e a responsabilidade pelo que é público e pela saúde da população, além de operar uma ação mental de integração de informações para construir seu conhecimento. Tal exercício mental é denominado por Morin (2005) de reforma da mente, superando o acúmulo de informações e construindo um conhecimento pertinente para o agir humano, capacidade fundamental neste mundo cada vez mais complexo.

O próprio Governo Federal tem implementado ações, através da Política Nacional de Educação Permanente (PEP), atualmente regulamentada pela Portaria 1996/07/GM/MS, que substituiu a Portaria 198/04/GM/MS, para promover mudanças nas graduações em saúde que venham a contribuir com a construção do SUS e com a mudança no modo de fazer saúde no país (BRASIL, 2008b; 2008c). Pelos relatos já apresentados dos estudantes, podemos depreender que

o ECS implementado pela Graduação em Enfermagem da UFRN está alinhado a tais objetivos, pois através dos Estágios Integrados I e II, o estudante entra em contato com as redes assistenciais do SUS e vivencia o exercício profissional em diversos níveis de complexidade da assistência; representando uma iniciativa local de mudança no ensino. Já no cenário nacional podemos identificar outras iniciativas, como o VER-SUS, atividade de extensão universitária organizada pelo Ministério da Saúde, com base na Portaria 198/04, que teve como objetivo aproximar o estudante de graduação da realidade do SUS e da comunidade, de maneira a construir competências para o exercício da educação e da gestão em saúde, assim como do controle social de maneira mais consciente e qualificada.

Recentemente foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), segundo Portaria 648/06/GM/MS, a qual está alinhada aos ideais do Pacto pela Saúde, conforme Portaria 399/06/GM/MS. A referida Política determinou a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da atenção básica, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Também indicou a adoção de medidas de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial medicina, enfermagem e odontologia.

Retomando a temática do Estágio Curricular, ressaltamos que embora este venha sendo concebido dentro de uma perspectiva bastante inovadora e positiva para a formação, a sua implementação, conforme estabelecem as Diretrizes Curriculares Nacionais, vem ocorrendo com atropelos, pois antigos e novos problemas somam-se. Várias dificuldades são identificadas como: deficiências na articulação ensino/serviço; problemas no acompanhamento e avaliação do estudante, tanto no que tange ao papel do docente, quanto do enfermeiro do serviço; dificuldades na relação público/privado; escassez e superlotação dos campos de estágio; e problemas com a legislação profissional que interfere na preceptoria. Estes problemas tendem a se intensificar com a expansão de cursos de graduação em enfermagem na esfera privada.

Em um tom de descompasso com esse processo de transformação do ensino, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), há três anos, editou a Resolução 299/05, acerca do Estágio Curricular Supervisionado, a qual gerou descontentamento nacional dentro da Enfermagem. Tal Resolução tem como base legal a Lei 6.494/77 sobre Estágio Curricular, que é anterior às Diretrizes Curriculares Nacionais, havendo, portanto, contra-senso, uma vez que as Diretrizes são, na atualidade, o principal instrumento legal de orientação do ensino superior. A Resolução 299/05, em seu art. 5º, estabelece:

O estágio supervisionado deverá ser feito com supervisão do enfermeiro e em unidades que tenham condições de proporcionar experiência prática em sua linha de formação, devendo o estudante, para este fim, estar apto ao estágio.

Parágrafo Único: É vedado ao Enfermeiro, estando em serviço na instituição em que se realiza o estágio supervisionado, exercer, ao mesmo tempo, as funções para as quais estiver designado naquele serviço e a de supervisor de estágios (COFEN, 2006, p.2).

Tal iniciativa demonstra claramente que o Estágio está sendo concebido erroneamente como aula prática. O prejuízo ao Estágio Supervisionado é enorme, podendo até inviabilizar a sua execução, uma vez que interfere na execução da preceptoria. No estudo de Oliveira A. (2006) existe referência à realização de autuações pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREn), no Rio Grande do Norte, de enfermeiros que, em serviço, estavam exercendo a função de preceptores, fato bastante preocupante.

Quanto à problemática da relação ensino/serviço, defende-se que o estágio seja uma responsabilidade compartilhada entre instituições de ensino e de serviço, sendo da instituição formadora o papel de condução global da atividade (REZENDE, 1986; IVAMA; BATISTA; SILVA, 2001; BRASIL, 2005). No PPP da Enfermagem da UFRN fica claro que

os estágios se realizam, após a programação conjunta entre enfermeiros docentes e enfermeiros do serviço, sendo também de responsabilidade conjunta o acompanhamento,

a supervisão e a avaliação do desempenho do aluno, o que será assegurado, tanto maior for a integração **ensino/serviço** [grifo do autor], de professores supervisores e enfermeiros dos serviços públicos ou privados, que servem de campos de ensino para a UFRN (UFRN, 1997, p. 35).

Contudo, observa-se, na realidade, que o serviço, muitas vezes, participa apenas burocraticamente, cedendo seus campos e intervindo na definição do número de estagiários (REZENDE, 1986). Sobre este aspecto, uma entrevistada sugeriu:

[...] quando a gente vai pros outros estágios [referindo-se às aulas práticas], a gente tem um professor do nosso lado que diz: “Agora você vai fazer isso.” Aqui não, aqui você entra e, às vezes, um enfermeiro quer mais que o outro, às vezes, um quer menos. Então, a gente fica meio perdido, eu acho que também porque as unidades que recebem a gente não têm um programa pra dizer: “Agora você vai fazer tais e tais atividades, de tal forma.” Por uma parte é bom porque, logicamente, sendo uma coisa que é aberta, você tem a possibilidade de fazer “n” coisas, digamos assim. Mas que fosse uma coisa que não fosse rígida, que fosse flexível, mas diretrizes mais explícitas no estágio pra nortear melhor o aluno (Sabedoria).

A sugestão expressa pela estudante demonstra sua maturidade sobre a responsabilidade do serviço de saúde na condução do Estágio, partindo do pressuposto de que o aluno precisa ter o seu aprendizado conduzido, mas não deseja interferir negativamente na dinâmica do serviço de saúde.

O campo do ensino é criticado por não oferecer um suporte adequado ao acompanhamento dos estudantes e por não definir a sua contrapartida ao serviço, quanto à concessão de suporte tecnológico e assessoramento técnico/científico, assim como na promoção de ações de educação permanente (BRASIL, 2005). Tais problemas foram detectados por Oliveira A. (2006) que entrevistou 18 enfermeiras de Unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste da cidade de Natal, as quais exercem a preceptoria a estudantes de Enfermagem da UFRN, acerca de sua percepção sobre o Estágio Supervisionado. As referidas enfermeiras também identificaram como dificuldade, na realização da preceptoria: as condições físicas e materiais dos

serviços de saúde, a postura do aluno, a falta de apoio institucional e a fragilidade na integração com a disciplina Estágio Integrado. Por isso, sugeriram: o fortalecimento da integração ensino/serviço, reconhecimento institucional, melhoria na estrutura dos serviços, definição de incentivos para os enfermeiros/preceptores, realização de capacitação e criação de projetos de extensão junto à comunidade.

Identificamos no estudo de Formiga (2000) que os enfermeiros do serviço são sempre convidados para discussão e orientação antes do Estágio e, posteriormente, para a avaliação após a sua conclusão, sugerindo, inclusive, adequações na ficha de avaliação de desempenho. Durante nossa inserção na disciplina Estágio I tivemos a oportunidade de presenciar reuniões desta natureza, assim como a realização de uma oficina para capacitação dos enfermeiros sobre preceptoria. Neste sentido, já percebemos iniciativas do Curso de Enfermagem da UFRN para superar alguns dos problemas expressos pelos enfermeiros no estudo de Oliveira A. (2006). Duas estudantes entrevistadas em nossa pesquisa teceram elogios a esta iniciativa de capacitação dos preceptores desenvolvida pela disciplina Estágio I e fizeram sugestões. Vejamos o que revelam estas falas:

Eu achei muito bom também essa qualificação que houve [...] (Resiliência).

[...] seria excelente que ficasse tendo essa capacitação, mas que fosse antes de começar o estágio, elas [as professoras de Estágio I] fizessem após a semana que tem a reunião com os alunos pra definir os campos, aí fizessem a capacitação, pra gente já entrar no estágio com eles atualizados, motivados. [...] é uma sugestão pra motivar os preceptores e atualizar de acordo com o perfil da turma... (Maturidade).

A sugestão de que a capacitação dos preceptores preceda o início do Estágio, semestralmente, tem grande pertinência, pois tornaria possível situar os enfermeiros quanto ao perfil dos discentes que iriam receber, assim como, poderiam ser discutidas questões

didáticas/pedagógicas. Dentre estas, a questão da avaliação constitui um dos problemas mais mencionados pelos preceptores, durante nossa inserção na disciplina Estágio I. Também compreendemos que problemas poderiam ser evitados, por exemplo, como o narrado por um entrevistado:

Eu fiquei conversando com a coordenadora [da disciplina de Estágio Integrado], ela me disse que houve um certo probleminha dessa preceptora com homens, alguns homens especificamente. E eu resolvi passar por esse desafio. Então, no primeiro dia que eu cheguei aqui, que a preceptora ficou sabendo que seria um homem [...] ela não conseguiu esconder a insatisfação dela visível na face. Então, nesse momento eu já percebi que seria o grande desafio, eu percebi que eu ia ter dificuldades e, de certa forma, eu comecei a pisar em ovos, tudo que eu fazia era para agradá-la (Cuidado).

Este problema indica que deve haver um grande cuidado na escolha do preceptor e na adequação do perfil deste com o do estudante. Contudo, nossa participação na disciplina Estágio I permite-nos afirmar que a escolha do campo de estágio não é algo imposto, e sim, democrático, havendo sorteio e negociação entre docentes e estudantes. Identificamos, igualmente, que, por vezes, deve existir uma postura mais firme da disciplina em vetar a ida de um estudante para um determinado campo no qual já tenha havido problemas anteriores, visto que, no semestre letivo de 2007.2, período pesquisado, dois estudantes tiveram problemas na convivência com as preceptoras. Contudo, a disciplina Estágio não havia concordado com a escolha dos campos pelos estudantes, mas estes insistiram e decidiram enfrentar os problemas que viessem a acontecer. Ao final do semestre, com as dificuldades narradas pelos estudantes aos seus supervisores, o corpo docente da disciplina decidiu não encaminhar mais estudantes àqueles campos e preceptores – aquela havia sido a última tentativa. Também foi repensado até que ponto o estudante teria maturidade para escolher seu campo de estágio e em que casos a disciplina deveria intervir.

Esta realidade adverte para a necessidade de reflexão acerca do Estágio Curricular Supervisionado quanto aos aspectos didático/pedagógico, estrutural e legal, no intuito de

construir uma política de estágio, pactuada entre ensino, serviço e gestão do sistema de saúde, que possa reger esta atividade acadêmica dentro de sua especificidade, contribuindo tanto com a formação, quanto com a construção do SUS. No cenário local, já são perceptíveis iniciativas, através de debates e oficinas que integram gestão, ensino e serviço, para construir a referida política em cada esfera de governo, estadual e municipal.

A partir de 2008 entra em vigor um novo PPP na Enfermagem da UFRN, fruto dos trabalhos da comissão de currículo do curso, desde 2005. Uma das inovações dessa proposta curricular é implantar novas áreas temáticas e uma outra estrutura curricular que estimule a integração de conhecimentos e práticas, uma vez que ficou visível, com os anos, que o PPP anterior, mesmo também sendo estruturado em áreas temáticas, não conseguiu tornar real a interdisciplinaridade. Tal mudança foi citada e elogiada por duas entrevistadas, ressaltando que o Estágio oportunizou a visão integral sobre o fazer da enfermagem, o que no curso não havia acontecido antes. Logo, vêm de forma bastante positiva esta nova estrutura curricular. A seguir, apresentamos trechos das falas dessas entrevistadas:

[...] eu pude tá interligando todas essas disciplinas que eu já vi, agora, no oitavo período. Isso não foi tão difícil não, mas também não foi tão fácil, a gente tem que estudar bastante. [...] o que eu achava muito ruim é que o nosso currículo, ele não é assim... são disciplinas, tudo bem que a gente tem que aprender, tem que passar por elas, mas não tem essa interligação. Eu soube agora que vai haver uma modificação no currículo, vai ser por tema, áreas temáticas. Eu fiquei morrendo de inveja porque não vou pegar essa parte, acho que vai ser muito bom pro aluno (Resiliência).

[...] antes a gente era separado por disciplina, CD, Pré-natal, a gente pagava tudo separado. Então, eu pensava: “Como é que agora eu vou fazer, de uma vez só, tudo isso?! (Empatia).

Podemos depreender destas falas que as alunas concluintes vivenciam no Estágio o estímulo ao pensar integrador, contextualizado, algo que, para elas, poderia ter sido mais trabalhado durante o curso, motivo pelo qual, no início do próprio Estágio, sentem dificuldades.

Em nosso olhar de pesquisadora, acreditamos nas mudanças do novo PPP da Enfermagem da UFRN, embora admitindo, a partir de nossa experiência docente, que a interdisciplinaridade não pode ser imposta; precisa ser construída. Assim, percebemos que o trabalho da comissão de currículo é árduo, pois precisa conquistar adeptos para esta nova proposta, tendo em vista que ela precisa ser implementada, corporizada. Caso contrário, permanecerão as mesmas práticas, a mesma tendência à fragmentação. As mudanças reais se processariam, apenas, no campo externo das disciplinas, que estariam mudando de nome e rearranjando suas estruturas internas.

De modo geral, esse breve resgate histórico demonstra que o Estágio Curricular Supervisionado na ESF é algo recente e significativo para o ensino de enfermagem, por isso, foi importante problematizá-lo. Outro aspecto perceptível é a dialética de todo o processo histórico, com seus avanços e retrocessos. Nesse sentido, torna-se, igualmente, importante salientar que as forças que impulsionaram o ensino de enfermagem, ao longo de todas essas décadas, mantiveram uma estreita relação com a estrutura política, econômica e social do país. Com isso, não queremos afirmar a existência de uma articulação mecânica, em cada momento histórico específico. No entanto, é oportuno ressaltar que o período de menor abertura no ensino de enfermagem, correspondente às décadas de 1960 e 1970, coincide com o período da ditadura militar (1964-1985). Com o processo de redemocratização do país, no interior da enfermagem abrem-se inúmeros espaços de discussão acerca da profissão e da formação de seus profissionais, processo que culminou com a construção coletiva de um novo currículo mínimo, em 1994 e, em

seguida, das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, em 2001.

Depreendemos, desta forma, o valor de lançarmos nosso olhar ao passado para entendermos melhor o presente e apontarmos algumas tendências.

Encerrando este capítulo, apresentamos a Figura 1, que traz uma linha do tempo indicando os principais eventos neste processo histórico de estruturação do Estágio Curricular na Estratégia de Saúde da Família.



Figura 1: Linha do tempo dos principais eventos da história do ensino de enfermagem e da inserção do Estágio na ESF.

*A Estratégia Saúde da Família como cenário
de aprendizagem na formação
profissional em saúde*

6 A Estratégia Saúde da Família como cenário de aprendizagem na formação profissional em saúde

Em vários momentos, deste estudo, afirmamos que a Estratégia Saúde da Família é um grande avanço e representa um desafio para o fazer e ensinar saúde, em suas diversas áreas, dentre as quais se inclui a enfermagem. É oportuno, então, discutirmos um pouco estes aspectos.

Dessa forma, neste capítulo iremos discorrer sobre a ESF, quanto ao seu processo de construção e implantação no país, características definidoras, processo de trabalho, assim como apontaremos alguns avanços e desafios. Apresentaremos a visão dos estudantes participantes da pesquisa sobre a ESF e o trabalho do enfermeiro neste cenário profissional, aspecto que não era questionamento de nossa pesquisa, mas que foi discutido com muita propriedade pelos estudantes e não poderia deixar de ser abordado. Debateremos, também, a relevância da Saúde da Família na formação profissional em saúde e como o enfoque Saúde da Família tem sido trabalhado na realidade do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN, partindo da visão expressa pelos discentes acerca da contribuição das demais disciplinas do curso no desenvolvimento do Estágio Curricular na Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado, em 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, a partir da atenção básica. Com o avanço de sua implantação nos municípios brasileiros, o caráter da Saúde da Família, como estratégia, foi sendo fortalecido, passando a ser denominado, em 1998, como Estratégia Saúde da Família (ESF) (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; CONASSS, 2007). Dessa maneira, já se firmava como política pública de saúde e não apenas como um programa de governo.

Corroboramos a concepção da Saúde da Família como Estratégia, por isso adotamos o termo ESF no estudo, mas compreendemos que PSF ainda é um termo utilizado em várias publicações e está presente no imaginário dos profissionais e da população, motivo pelo qual nos reportamos também a esta sigla.

No Rio Grande do Norte, a implantação do PSF ocorreu em 1994, com 18 equipes, cobrindo quatro municípios e 2,4% da população (ROCHA, 2000; BRASIL, 2008a). Em Natal, a implantação do PSF só ocorreu em 1998, cobrindo 2% da população, com quatro equipes, situadas em zonas periféricas de Natal, pertencentes ao Distrito Sanitário Oeste, a saber: Felipe Camarão, Cidade Nova e Guarapes (ROCHA, 2000; BRASIL, 2008a).

A ESF é um processo de construção coletiva, logo, vários fatores podem ser identificados como impulsionadores de sua criação, conforme elencamos a seguir: necessidade de consolidação dos princípios do SUS, especialmente a descentralização e a universalidade do acesso à assistência à saúde; o complexo perfil epidemiológico do país, com significativo crescimento da incidência de doenças crônico-degenerativas e a persistência de altos índices de doenças infectocontagiosas; experiências inovadoras de atenção à saúde já presentes no Brasil, como a Medicina Comunitária, o Silos (Sistemas Locais de Saúde) no Ceará e na Bahia, a Ação Programática em Saúde em São Paulo, o modelo Em Defesa da Vida em Campinas/SP, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Médico da Família de Niterói/RJ (MENDES, 1999a; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Também significativo foi o contexto internacional, uma vez que, após I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Alma-Ata (1978), surgiu um grande incentivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para que cada país construísse a sua política de Atenção Primária (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Outro estímulo à construção de um sistema de saúde universalista

foram os resultados positivos apresentados por Cuba, Inglaterra e Canadá como modelos de Atenção Primária centrados na comunidade (MENDES, 1999a; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A ESF já possui uma expansão notória, uma vez que em 1994 detinha um número de 300 equipes de saúde da família, distribuídas em 55 municípios brasileiros, e em 2008 conta com 26.729 equipes, distribuídas por mais de 5.157 municípios do país, realizando uma cobertura de 47,5% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 188 milhões de pessoas (BRASIL, 2008a; CONASS, 2007). No Rio Grande do Norte, atualmente, existem 1.044 equipes, cobrindo 78,2% da população, o que corresponde a mais de 3 milhões de pessoas. Em Natal, conforme dados de 2008, existem 200 equipes de saúde da família, cobrindo 43,2% da população, o que representa 789.896 habitantes (BRASIL, 2008a).

Este avanço de implantação da ESF tem promovido uma expansão no acesso da população brasileira à atenção primária à saúde, repercutindo positivamente na melhoria dos indicadores de saúde, assim como tem contribuído para a operacionalização dos princípios do SUS, quanto à universalidade, integralidade, descentralização, qualidade dos cuidados e participação comunitária (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Afirmamos que a Saúde da Família favorece o acesso da população à Atenção Primária à Saúde (APS), pois a ESF é um modelo de APS. Mas o que é a APS?

Neste estudo, adotamos o seguinte conceito para Atenção Primária à Saúde:

O nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) [grifos dos autores] no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É o tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Em resumo, pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma

abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 786).

A partir deste conceito de APS, os mesmos autores apontam como competências da ESF:

A coordenação/ordenação de todo o espectro assistencial em saúde, quando por meio da APS se identificam as necessidades de atendimentos mais especializados, coordenam-se as referências para os profissionais adequados e acompanham-se os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos pacientes acompanhados. Em suma, a existência de uma rede de APS permite não somente a prevenção de um importante universo de patologias de relevância epidemiológica e a resolutividade direta de 90% da demanda comunitária (...), como também a possibilidade de melhor controle do desperdício de recursos de saúde, redução da duplicação da oferta de serviços, estabilidade e confiança na relação entre o usuário e o sistema de saúde e a maior eficácia no alcance de resultados de saúde (ANDRADE, BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 804).

Com base na análise do conceito de APS, podemos depreender a sua complexidade, logo, também da Estratégia Saúde da Família. Contudo, na realidade social e até profissional, ainda permanece a concepção de atenção primária como sinônimo de primitiva, destinada a pobres, simples – tanto material como simbolicamente –, uma vez que se encontra na base da pirâmide de hierarquização do sistema de assistência à saúde (MENDES, 2004). Este mesmo autor critica duramente tal concepção negativa da APS, pois ela desconsidera a grande complexidade que reside na meta de resolver até 90% dos problemas de saúde mais comuns da comunidade, coordenar fluxos e contrafluxos dentro do sistema de saúde e responsabilizar-se pela saúde dos usuários. Nesta pesquisa, uma estudante abordou essa idéia, ao descrever a realidade:

[...] é como a professora tava dizendo mesmo: aqui é o nível de maior complexidade, não é o nível primário, aqui são todos os níveis, porque chega de tudo pra gente e a gente tem que saber dar os encaminhamentos, direcionamentos (Utopia).

Na fala da estudante podemos identificar a referência à complexidade de se fazer atenção primária, uma vez que o profissional neste nível de complexidade da assistência precisa ter conhecimentos de todos os outros níveis, ou seja, da média e alta complexidade, para, quando necessário, fazer a referência dos usuários a estes serviços.

Retomando a discussão sobre a implantação da Saúde da Família, registra-se um importante avanço com a criação da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em 28 de março de 2006, conforme Portaria 648/06/GM/MS. A partir de então fica definido que: “A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006a). Tal política representa um grande avanço para a organização da atenção básica no país e também um estímulo à expansão da ESF como qualidade e resolutividade, uma vez que a política avança muito na normatização da atenção básica. Contudo, ainda existem muitas unidades básicas de saúde com e sem a Saúde da Família implantada; aquelas que estão organizadas na lógica da ESF são denominadas unidades de saúde da família (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001).

Dentre os desafios atuais para a ESF destacam-se: a integração deste modelo técnico/assistencial com as demais ações da rede assistencial do SUS (média e alta complexidade); a qualificação dos profissionais; e a consolidação da qualidade nas ações, de forma que se atinja uma resolutividade de 90% da demanda comunitária, dentro da atenção primária à saúde (SAKAI et al., 2001; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; RET-SUS, 2008).

Neste trabalho já tratamos, algumas vezes, dos termos atenção básica e Estratégia Saúde da Família, logo, torna-se oportuno conceituá-los para melhor compreensão da discussão e

análise desenvolvidas ao longo do estudo. Iniciemos pelo termo atenção básica, que, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica, compreende:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006a, p. 10).

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006), a Estratégia Saúde da Família pode ser concebida da seguinte forma:

Modelo de *atenção primária* operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das *equipes de saúde da família*, comprometidas com a *integralidade* da assistência à saúde, focado na *unidade familiar* e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da *comunidade* em que está inserido [grifos dos autores] (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 804).

A partir destes conceitos e dos aspectos já discutidos no estudo, podemos identificar algumas especificidades da ESF: ser um modelo brasileiro de Atenção Primária à Saúde; estar comprometida com a realização de ações tendo em vista a integralidade do cuidado; organizar o processo de trabalho com base em uma equipe multiprofissional. E ainda: adotar o conceito ampliado de saúde e o paradigma da produção social da saúde para orientar as ações, na medida em que considera a influência dos contextos socioeconômico, cultural e epidemiológico sobre o processo saúde/doença; orientar a ação técnico/assistencial de acordo com o contexto da comunidade em que está inserido; focalizar a família e a comunidade, não apenas o cuidado

individual, marcando a responsabilização e o compromisso social, profissional e sanitário a ser assumido pela equipe de saúde da família.

Vejamos o trecho de uma entrevista em que uma estudante ressalta a importância da Saúde da Família:

Eu me sinto muito bem porque Saúde Coletiva, a Estratégia Saúde da Família é uma coisa que eu acho bastante interessante, porque são casos que você vê que a Estratégia é muito boa pra conhecer a população, a realidade da população, e que é tão necessário na hora de se fazer um diagnóstico, na hora de se fazer uma conduta pra um paciente (Sabedoria).

Em palavras simples, mas cheias de significado, depreendemos o valor atribuído pela estudante à iniciativa de as ações em saúde terem como base a realidade local, o contexto dos sujeitos, que, na política de saúde, significa orientar as ações por problemas e a partir do conhecimento do processo saúde/doença dos sujeitos que se encontram em um determinado território. Ou seja, trata-se da operacionalização dos pilares da vigilância em saúde, que orienta a prática sanitária no SUS e na ESF, quais sejam: o território, a orientação por problemas e a intersetorialidade. Com base nesta prática sanitária, poderão ser planejadas ações com maior eficácia e impacto na qualidade de vida do usuário, de sua família e da comunidade, assim como serão superadas as tradicionais posturas policialescas que muitos profissionais de saúde reproduzem em suas práticas (MERHY, 2005).

Na fala dos discentes, o Estágio na ESF permitiu não só conhecer melhor o processo de trabalho do enfermeiro, mas o próprio SUS e sua organização. Favoreceu também o contato com a realidade da população:

Eu pude vivenciar realmente a questão do SUS, como é a organização do SUS, porque eu também sou usuária do SUS, mas como a gente tá num bairro da classe mais desfavorecida [...] eu tô sentindo na pele o que eles passam, as dificuldades que eles

sentem em conseguir uma consulta, em conseguir um medicamento que às vezes não tem na unidade, tem que comprar [...] esse estágio também tá se mostrando isso, como é o SUS na teoria e como é o SUS na prática. E, embora a gente veja essa prática, que às vezes não tá muito certa, eu mesmo assim tô adorando essa oportunidade (Resiliência).

A visão que eu tinha de PSF e de SUS, ela foi muito ampliada. A visão que a gente tinha de posto de saúde, fazendo aquela relação com os aqueles princípios do SUS, a gente vê aqui que muita coisa essa unidade, em específico, tem; apesar do PSF ter sido implantado aqui em 2003 ou foi 2004. Mas ela tem muita coisa que se destaca, principalmente pelos profissionais (Cuidado).

As falas apresentadas expressam a afirmação de Mendes (2004) acerca da existência de um distanciamento entre “O SUS que temos e o SUS que queremos”, ou seja, o sistema de saúde concebido na Constituição Brasileira e nas Leis Orgânicas de Saúde ainda não se concretizou, encontra-se em construção coletiva. Contudo, este mesmo autor defende que muitos avanços já foram conseguidos e que a realidade atual é fruto de décadas de iniquidades na política excludente médico-assistencial privatista, a qual antecedeu o SUS. Este cenário positivo também foi apontado pelos estudantes, que afirmam ter ampliado seu olhar, reconhecendo que os princípios do SUS estavam sendo aplicados e que os profissionais estavam envidando esforços para promover um cuidado de qualidade na Saúde da Família. Desta forma, fica claro que o Estágio Curricular na realidade do SUS é um meio de operar a formação articulada com o perfil epidemiológico e a realidade profissional de cada região, numa perspectiva dialética, algo essencial na formação de recursos humanos para o SUS (BACKES, 2000; IVAMA; BATISTA, SILVA, 2001; FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003; ITO, 2005).

O processo de implantação da ESF, como também da consolidação do SUS, representa a materialização da política pública de saúde vigente, mas também uma ruptura paradigmática com o modelo hegemônico. Tal processo é fruto da transição paradigmática que a sociedade contemporânea vivencia, a qual tem reflexos em todas as áreas da ciência, logo, também na área da saúde (CAPRA, 1982; SANTOS, 2005a). Nesta área, para que a reforma sanitária seja

concretizada e ocorra a consolidação do SUS, faz-se necessário superar o modelo clínico/biológico/flexneriano, o qual é baseado na concepção da saúde como ausência de doença e em práticas centradas na cura, no cuidado individual, realizado no espaço hospitalar, com uso, por vezes, abusivo de equipamentos e medicamentos (MENDES, 1999a; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). No SUS, em um sentido diametralmente oposto a este modelo, ocorre a defesa do paradigma da produção social da saúde e são implementados esforços para a construção de ações técnicas/assistenciais orientadas pela prática sanitária da vigilância em saúde.

No espaço da micropolítica do trabalho em saúde também são encontradas resistências à incorporação deste novo paradigma, que se refletem na oposição à mudança nas práticas profissionais e na assunção de novas responsabilidades que a implantação da Saúde da Família requer (MERHY, 2005). Vejamos como tal questão foi percebida no Estágio:

[...] como é um modelo novo que tá aqui, só faz um ano que o Saúde da Família foi implantado aqui, então eles [referindo-se aos técnicos de enfermagem e aos agentes comunitários de saúde] tem uma certa assim... [resistência] quanto à enfermeira. Como se tudo que a enfermeira pedisse pra eles fazerem, ou planejasse, é como se fosse assim, uma obrigação. Eles não entendem como se fosse parte do trabalho deles. E isso dificulta o trabalho da gente, porque é aquele mau gosto de você tá trabalhando à força, com a cara feia (Utopia).

Operar a ruptura com o modelo hegemônico é algo que gera forte tensão e oposição, tanto no cenário da macropolítica de saúde, quanto na micropolítica do processo de trabalho. Conforme Kuhn (1970), a emergência de novas teorias é geralmente precedida por um período de insegurança profissional pronunciada, pois exige a destruição, em larga escala, de paradigmas e grandes alterações nos problemas e técnicas da ciência normal. Na transição paradigmática inaugura-se um período de vacância, em que coexistem incertezas, quanto ao ainda não

claramente conhecido, e o abandono das antigas noções de verdade e realidade (PEREIRA; BELLATO, 1997; JACOBINA, 2000; CHEVITARESE, 2001).

Retomando nossa discussão conceitual sobre a ESF, vamos então elencar seus princípios organizativos, quais sejam: adscrição e responsabilização da equipe pela população territorialmente definida; orientação por problemas; intersetorialidade para operacionalizar a promoção da saúde; integralidade, realizando ações promocionais, preventivas, curativas, paliativas e de reabilitação; longitudinalidade, assegurando o cuidado contínuo ao longo do tempo à população adscrita; integração da atenção básica com as demais redes técnicas/assistenciais do SUS, como a atenção especializada, rede de hospitais, saúde mental, e urgência e emergência; impacto na saúde da população; planejamento e programação local; humanização; e ser, preferencialmente, o primeiro contato da população com o sistema de saúde (MENDES, 1999; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ficou estabelecido que a equipe multiprofissional de saúde da família deverá ser composta por, no mínimo: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (até 12 agentes por equipe, de forma que 100% da população seja coberta e que cada agente cubra até 750 pessoas). Esta equipe deve ter jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e ser responsável por até 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes por equipe de saúde da família.

Outros profissionais, incluídos mais recentemente na ESF, são o cirurgião dentista, o técnico em higiene dental (THD) e o auxiliar de consultório dentário (ACD), os quais compõem a equipe de saúde bucal.

Os profissionais deverão organizar seu trabalho com base nas áreas estratégicas da atenção básica, quais sejam: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da

hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal, e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas, conforme prioridades pactuadas locais.

O processo de trabalho das equipes de atenção básica, conforme a PNAB, tem como características: definição do território de atuação das Unidades Básicas de Saúde; programação e implementação de atividades, priorizando os problemas mais freqüentes; desenvolvimento de ações educativas para interferir no processo saúde/doença e ampliar o controle social; desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores comportamentais mais freqüentes; assistência básica integral e contínua, organizada em função da população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; realização de primeiro atendimento das urgências e emergências médicas e odontológicas; participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção da saúde; apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006a).

No trabalho em Saúde da Família, além destas características já explicitadas, somam-se outras, a saber: manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos; definir o território de atuação, área adscrita; praticar o cuidado familiar ampliado e o trabalho interdisciplinar e em equipe; valorizar os diversos saberes e práticas; promover o controle social (BRASIL, 2006a). Neste processo de trabalho são utilizadas tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, algo que, relacionando ao pensamento de Merhy (1997), podemos identificar como a utilização de tecnologias leves (competências relacionais), leves/duras (conhecimentos técnicos), ocorrendo menor presença de tecnologias duras (equipamentos).

Quanto ao trabalho do enfermeiro, a Portaria 648/06 estabelece como atribuições: realizar cuidado integral para com os indivíduos e as famílias na USF e, quando indicado, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários em todas as fases do desenvolvimento humano; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames e prescrever medicamentos, conforme protocolos e normas técnicas estabelecidas pela gestão do sistema de saúde e disposições legais da profissão; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS); supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, ACD e THD; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. Nesta norma percebemos que a responsabilidade do enfermeiro é ampliada, requerendo competências de natureza política e relacional para fomentar, na comunidade, o exercício do controle social e viabilizar ações intersetoriais que sejam promotoras de saúde. É requerida ainda do enfermeiro a integração de conhecimentos de áreas diversas como as ciências da saúde, ciências humanas e sociais, como também dos programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde nos diferentes ciclos da vida, doenças e agravos à saúde. Vejamos algumas referências dos estudantes a estes aspectos:

Ela [a preceptora] é uma pessoa que tem muito conhecimento de todas as áreas (Alegria).

Eu, como gosto muito da saúde pública, eu me interessei, estudei, e como a gente trabalha de acordo com o ministério, procurei saber todas as normas, tudo que a gente tem que saber pra saúde pública (Maturidade).

Percebemos que, estando inserido na realidade do SUS, o estudante reconheceu o perfil profissional que é requerido e foi estimulado a construir seus conhecimentos de forma mais autônoma e pertinente, sendo um processo que suscita a vivência da educação permanente em

saúde, à qual implica a problematização da realidade e a construção de uma relação orgânica entre ensino, serviços e ações (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b).

A atuação da Saúde da Família implica, para o enfermeiro, na execução de práticas específicas que não são tão comuns em outros níveis de complexidade da assistência, tais como a prescrição de medicamentos e a responsabilização compartilhada com o médico pela condução de ações como o pré-natal, o crescimento e desenvolvimento da criança, a saúde reprodutiva, dentre outros. Tais atividades são intensificadas quando não existe médico na equipe, fato que é comum na realidade da ESF, uma vez que a rotatividade de profissionais, em especial dos médicos, é muito intensa, devido a vários fatores, dentre eles, a precarização do trabalho. Esta sobrecarga de funções do enfermeiro foi criticada pelos estudantes:

[...] a gente ficou um período sem médico, então fica de mãos atadas e as pessoas ficam cobrando muito da enfermeira, querendo que resolva tudo, mas a gente não pode fazer, tem coisa que a agente não pode fazer (Maturidade).

[...] o que eu me sinto apta a fazer é o que ela faz, que é o trabalho que vai além de enfermagem [...] porque como a equipe da gente não tem médico, é a “equipe”, como a enfermeira gosta de falar, então ela fica meio supercarregada nesses outros atributos pra resolver um pouco da situação dos pacientes (Sabedoria).

[...] a gente vê que muito enfermeiro funciona como burro de carga, ele abraça as múltiplas causas, tanto é que você vê que ele é o que fica mais tempo dentro do PSF (Alegria).

Os estudantes identificaram que as enfermeiras têm uma grande sobrecarga de trabalho, tanto pela ausência do médico, como pelo acúmulo de algumas funções que, muitas vezes, são da equipe, como a notificação compulsória de doenças e agravos, e o planejamento e organização das ações coletivas.

O trabalho na Saúde da Família exige o domínio de competências técnica, política, relacional e de gestão para a realização de um trabalho interdisciplinar e intersetorial que promova a saúde (SAKAI et al., 2001; BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001; MENDES, 2004). No tocante à ação gerencial da enfermeira, foi identificado que coordenar o trabalho do agente comunitário de saúde tem se mostrado um grande desafio.

[...] a gente não aprende na faculdade como vai lidar com o agente de saúde e vê que é uma coisa muito difícil pra elas, porque eles são muito independentes e acham que não é função do enfermeiro [...] porque é mais uma classe que é de competência do enfermeiro, pela proposta do saúde da família, porque não tá no nosso código de ética e nem na lei do exercício, mas vem como portaria [fazendo referência à Portaria 648/06] (Utopia).

Eu percebi que ela [a preceptora] foi compreensiva com muitas coisas que, talvez, outras pessoas não fossem, porque eram comportamentos, falta de compromisso dos profissionais, e ela foi até com muito jeitinho e resolveu. [...] precisa, então, desse tato, essa coisa sensível pra administrar esse pessoal, que são moradores daqui, a maioria, inclusive é um pré-requisito, e esse é um bairro que tem muitas dificuldades. Então, os agentes carregam com eles muitas dificuldades pessoais e, muitas vezes, descarregam aqui [no serviço de saúde] (Cuidado) .

A responsabilidade de o enfermeiro supervisionar o trabalho do ACS, um profissional que não compõe a equipe de enfermagem, surgiu com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), que antecedeu a ESF, mas tal função não está disposta na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei 7.498/86), pois ela é anterior ao SUS. Apenas com a publicação da Portaria 648, que trata da PNAB, conforme já detalhamos, é que tal atividade foi normatizada, atribuindo ao enfermeiro a responsabilidade de coordenar o trabalho do agente comunitário de saúde.

Um aspecto que chamou a atenção dos estudantes foi a integração e o compromisso demonstrado com o serviço e a comunidade por alguns profissionais, em especial, as enfermeiras:

Mesmo que existam pessoas como as enfermeiras, que elas são totalmente integradas, mas o restante da equipe não se integra. Porque a equipe de enfermagem, os técnicos de enfermagem, que é nossa equipe, relutam em alguns trabalhos que a gente propõe a elas, têm uma certa resistência. [...] o dentista da área da gente é aquela pessoa que nem fede e nem cheira. Chega, faz o serviço e vai embora (Utopia).

A minha enfermeira é uma pessoa que tem realmente paixão pelo PSF[...] Eu não tenho muita convivência com o pessoal fora da enfermagem, a não ser com a dentista da minha área e com a médica de outra área, porque elas são as pessoas que têm mais interesse pelo PSF, que tão sempre discutindo as questões. O resto do pessoal é mais isolado (Alegria).

Esta denúncia da falta de integração e de compromisso de alguns membros da equipe é muito preocupante, pois a Saúde da Família tem como principal diretriz o vínculo com a comunidade, mas a postura adotada por alguns profissionais é diametralmente oposta. Este estudo não pôde elucidar porque tal fato acontece, mas acreditamos que é imprescindível que os profissionais compreendam bem a normatização da ESF, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, para que identifiquem a importância tanto do seu trabalho individual, quanto do coletivo. Um outro aspecto importante é que haja uma maior cobrança por parte da gestão em saúde da produtividade destes trabalhadores, com metas e avaliação de desempenho, para que todos compreendam suas responsabilidades e atribuições. Em um outro sentido, compreendemos que tal fato pode estar relacionado à resistência que muitos profissionais apresentam em transitar do paradigma biologicista e hospitalocêntrico para o da promoção da saúde. Conforme adverte Morin (2005), referindo-se ao ensino, toda reforma exige dos partícipes uma mudança dos seus dispositivos mentais.

Os estudantes também elencaram problemas que vivenciaram no processo de trabalho em saúde da família, a saber: falhas no acolhimento aos usuários, déficit de material, excesso de burocracia e a inadequação do perfil de alguns profissionais, em especial, da direção dos serviços. Vejamos os relatos sobre estes aspectos:

Quando a gente vê os problemas, vem sempre aquele sentimento ainda de impotência de não poder fazer o melhor, embora a gente queira, por exemplo: encaminhar pra um outro serviço é muito difícil; o acolhimento não é aquilo que a gente deseja, não é integral; a estrutura é deficiente; falta material, como um biombo para manter a privacidade... (Empatia).

[...] a gente esbarra no fato de na mesma área existir uma diferença muito grande de realidades, e quando a gente vai passar isso pro papel, pra secretaria, ela não manda, não existe nada no ministério pra você diferenciar numa mesma área tanta diferença de realidade. A secretaria manda como se fosse tudo igual, não faz uma análise qualitativa, faz só uma análise quantitativa. Então são esses problemas que a gente vive e que vêm lá da vertical, de cima pra baixo (Maturidade).

[...] têm muitas coisas que as enfermeiras ficam adiando, mas é porque não têm condições de resolver [...] muitas coisas aqui na unidade não vão pra frente por conta da diretora (Alegria).

Percebe-se a indignação dos estudantes com a realidade dos serviços de saúde e uma grande maturidade, em especial em referência à gestão do sistema de saúde que só faz uma análise quantitativa da situação de saúde da população e da produção nos serviços, mas não analisa qualitativamente a realidade local para a identificação das dificuldades que emperram a Saúde da Família.

Pela discussão até então empreendida sobre a relevância do Estágio Curricular, com base na experiência de discentes do curso de graduação em enfermagem da UFRN, podemos afirmar que a ESF possui um rico potencial educativo e precisa ser mais valorizado enquanto cenário de aprendizagem na área da saúde durante toda a formação. Outro aspecto que foi marcante na fala dos estudantes é que, durante o Estágio, a unidade de saúde da família foi adotada como um cenário de aprendizagem em saúde, pois fomentou o cuidado integral, a vivência da realidade do SUS e o contato com a população. Para Henriques et al. (2006), os cenários de aprendizagem são o lócus da formação em saúde, constituindo-se em espaço privilegiado para a incorporação da integralidade em saúde e do aprendizado do cuidado. Neste sentido, corroborando o pensamento

de Freire (2002), de que a educação é uma forma de intervenção no mundo, estes autores definem os cenários de aprendizagem como

espaços para conhecer na ação concreta no mundo, lugares de construção de conhecimentos, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários; espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de compromisso social, em suas diversas dimensões, com o fortalecimento do SUS (HENRIQUES et al., 2006, p. 234).

Logo, levar os estudantes para os serviços de saúde, denominados “campos de prática”, não faz dos serviços cenários de aprendizagem, pois, muitas vezes, nestas práticas, comuns na Enfermagem e na Medicina, são trabalhadas apenas rotinas e habilidades, deixando de operar-se uma análise mais crítica que fomente a redefinição das práticas pedagógicas e do cuidado (HENRIQUES et al., 2006, p. 234).

Desta forma, defendemos que a inserção do estudante na ESF, quando bem conduzida, ou seja, como cenário de aprendizagem, estimula a construção de conhecimentos no tocante ao cuidado orientado pela integralidade, à política de saúde, ao exercício profissional e à dinâmica da relação ensino/serviço/comunidade. O estudante poderá experimentar importantes noções, como vínculo, responsabilização, alteridade, integralidade, acolhimento e controle social (HENRIQUES et al., 2006).

A interseção entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, com a introdução precoce do estudante na realidade profissional, é bandeira de luta defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária, reafirmada nas conferências nacionais, como meta imprescindível para a consolidação do SUS. Na X Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1996, foi deliberado que o Ministério da Saúde deveria formular políticas na área de formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, tendo como um de seus princípios o estímulo à utilização de

unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de trabalhadores em saúde (CECIM; ARMANI; ROCHA, 2004). Desta forma, estaria sendo estimulado um intercâmbio qualificado ente as unidades de ensino e de serviço e, igualmente, a formação de profissionais mais compatíveis com o SUS. A defesa é de que o processo de aprendizagem deve ser desenvolvido nos espaços concretos de produção do cuidado em saúde, em todos os níveis de complexidade da assistência, não podendo ficar restrito aos hospitais, em especial, os hospitais universitários, como é tradicional no ensino em saúde. Desta forma, o estudante terá a oportunidade de exercitar o seu potencial criativo de articulação entre saberes e práticas, aliando o pensar, o fazer e o sentir (CECIM; FEUERWERKER, 2004b; HENRIQUES et al., 2006).

No tocante ao aprendizado sob o eixo da integralidade, uma entrevistada afirmou:

No começo você vem com aquela visão muito separada: “Hoje eu só vou fazer CD, a minha visão é só a criança.” Aqui não, como você aprende como um todo, você aprende a já tá numa assistência visando outra, num CD a gente acompanha a saúde da mãe também. (...) Então, é uma coisa que você aprende a ver o coletivo [...] principalmente nas visitas, que você aprende a olhar como um todo, ter aquela visão generalista, pra depois ir pra cada indivíduo, você vem de fora pra dentro (Pertinência).

Desta forma, podemos perceber que o Estágio na ESF possibilitou à estudante implementar um olhar integral sobre os sujeitos, individualmente, e no seio familiar, assim como reorganizar os conhecimentos, contextualizando-os, como propõe Morin (2005) na discussão sobre o aprendizado eficaz para o mundo contemporâneo. O relato também indica que houve o estímulo à execução de práticas de cuidado norteadas pela integralidade, uma vez que, conforme Mattos (2007), este princípio pode ser concebido sob três aspectos: atributo de políticas de saúde, atributo da organização dos serviços, e como o sentido adotado nas práticas, no que diz respeito à iniciativa do profissional em conceber/apreender o sujeito de forma integral. A própria ESF tem a integralidade como um de seus princípios norteadores, executando-a da seguinte forma: agrega-se

aos demais níveis de complexidade da assistência à saúde, média e alta complexidade; implementa ações nos três níveis de atenção à saúde (promoção, proteção e recuperação da saúde); e organiza o cuidado a partir de um olhar ampliado que parte do conhecimento da família e da comunidade, para apreender o contexto de vida do sujeito, seu processo saúde/doença e o significado que ele atribui ao seu sofrimento, para então agir sobre o problema que esteja afetando a qualidade de vida.

Foi interessante perceber que os estudantes revelaram uma grande afinidade com a ESF.

Vejamos alguns relatos:

Eu gostei muito desse estágio, porque eu gosto mais da área de Saúde Pública mesmo, é a que eu mais me identifico, então, pra mim tem sido ótimo! (Alegria).

Eu sempre gostei muito da parte da Saúde Pública, Saúde da Família, gosto mais, me agrada mais que a parte hospitalar (Maturidade).

[...] eu sou tendenciosa à Saúde Pública (Utopia).

As falas permitem inferir que existe realmente uma afinidade quanto ao trabalho na ESF, mas que a política de saúde está sendo compreendida de forma imprecisa, pois os alunos identificam a ESF com a área de Saúde Pública, ficando subentendido que os níveis de média e alta complexidade da assistência estão fora desse cenário. No entanto, o SUS, como política pública de saúde está estruturado em três níveis de complexidade de assistência à saúde: atenção básica, média e alta complexidade. Logo, tanto a atenção básica, área em que a ESF está inserida, quanto os serviços de especialidades e os hospitais de médio e grande porte são espaços do SUS, por conseguinte, também da Saúde Pública; inclusive, até os serviços privados que estejam conveniados ao SUS são vistos como parte do sistema. Acreditamos que a visão equivocada dos estudantes pode ter relação com a forma como os conhecimentos sobre o SUS foram trabalhados

durante a graduação, pois algo também consensual entre os entrevistados foi o déficit de aprendizagem deixado pela Disciplina de Saúde Coletiva, que integra o elenco de disciplinas do quinto período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN. Vejamos algumas falas:

A disciplina onde eu paguei Saúde Coletiva, Saúde Pública, eu posso dizer hoje que o que eu sei hoje é o que eu estudei por conta própria pra aprender (...) Porque eram umas aulas que não me instigavam [...] As aulas eram só transparências superlotadas ou então slides superlotados Eu, pelo menos, não compreendia a linguagem do professor [...] Mas é a realidade da gente hoje: sistema de saúde. E isso em Saúde Pública, que é onde a gente vê SUS, como surgiu, etc, etc, eu não tive essa noção sobre essas coisas: A Estratégia [Saúde da Família], as portarias, NOBs⁷ e etc (Utopia).

Talvez seja a dificuldade desse estágio integrado, porque a gente não teve muito conhecimento teórico sobre o funcionamento do SUS, sobre o trabalho em equipe de saúde na Estratégia Saúde da Família. [...] graças às nossas várias reivindicações, a gente conseguiu ter um pouco mais sobre isso no sétimo e no oitavo período porque teve professores que nos ajudaram ... (Sabedoria).

Os discursos das estudantes são preocupantes e indicam a necessidade de que sejam repensados alguns aspectos didáticos, como também os conteúdos programáticos na disciplina de Saúde Coletiva no curso de Enfermagem da UFRN. Não obstante, a maturidade com que essas alunas elencam os conteúdos com déficit de aprendizagem permite-nos admitir que, em parte, algumas das dificuldades já foram superadas, seja por meio de esforços individuais ou coletivos. Compreendemos que temas como política de saúde devem permear as discussões de todas as disciplinas dos cursos de saúde, sendo trabalhado como um tema transversal. Nesta linha de raciocínio, consideramos bastante positivo o esforço dos estudantes em busca da construção do seu aprendizado, e o compromisso demonstrado por educadores que mesmo não compondo o quadro docente de Saúde Coletiva, tiveram a sensibilidade de ajudar os estudantes a complementar o aprendizado sobre tal aspecto.

⁷ Normas Operacionais Básicas

Admitimos que os relatos dos alunos já eram esperados, pois, como participamos da Disciplina Estágio Integrado I durante o segundo semestre de 2007, tivemos a oportunidade de conhecer o contexto em que esses alunos estavam inseridos. Na primeira reunião geral da disciplina, na qual estava presente todo o corpo docente e discente, tivemos a oportunidade de questionar os alunos se eles tinham conhecimento da nova Portaria que normatiza a atenção básica. Consensualmente, os quarenta estudantes da disciplina responderam que não haviam sido informados sobre tal documento. Tal constatação serviu de indicativo para compreendermos como estava o conhecimento dos estudantes sobre a política de saúde, por isso não tivemos nenhuma surpresa quando, nas entrevistas da pesquisa, já no final do semestre, os estudantes criticaram a disciplina de Saúde Coletiva. Felizmente, não permanecemos apenas na constatação da falha. Através de nosso contato bastante próximo com as docentes da Disciplina de Exercício Profissional da Enfermagem, cursada no mesmo período letivo do Estágio Integrado I, comunicamos a nossa preocupação. Prontamente, as educadoras aceitaram uma cópia da Portaria Ministerial, que regula a referida política sobre a atenção básica, e comprometeram-se em envidar esforços para trabalhar a temática na disciplina. Outra iniciativa conjunta foi organizar uma discussão sobre o exercício profissional da enfermagem na Estratégia Saúde da Família, de forma a estimular uma visão crítica sobre tal aspecto, pois esta é uma discussão que tentamos sempre suscitar em sala de aula, uma vez que assumimos também a função docente da unidade programática de Ética e Exercício da Enfermagem em uma outra instituição. Para esta discussão, planejamos um estudo dirigido no qual os estudantes pudessem realizar uma análise comparativa entre o exercício profissional da enfermagem na ESF, presenciado na realidade o Estágio, e aquele que estava disposto na Política Nacional da Atenção Básica e na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei 7.498/86). As docentes da disciplina desenvolveram a atividade com os estudantes da UFRN e relataram que foi muito proveitosa, tendo gerado intensa e rica

discussão, como também desdobramentos para outros temas. Revelaram também a satisfação dos estudantes por estarem tendo uma complementação de seus conhecimentos sobre a política de saúde e o exercício profissional da enfermagem. Para nós foi bastante gratificante poder trazer alguma contribuição à formação em enfermagem, mesmo antes da publicação dos resultados da pesquisa.

Não obstante a crítica tecida à disciplina de Saúde Coletiva, os estudantes foram consensuais em afirmar que todas as disciplinas trouxeram contribuição ao aprendizado e ao desenvolvimento do Estágio Curricular na ESF, com destaque para Administração, Ética e para as disciplinas do sétimo período, Saúde da Criança e Saúde da Mulher. Isto comprova, portanto, um certo nível de maturidade e responsabilidade dos estudantes em relação ao ensino de enfermagem da UFRN.

Tudo o que a gente aprendeu tá implementando aqui, desde a questão ética, até o que a gente aprendeu em parasitologia, até o que é o exercício profissional agora. Tudo entra aqui, se encaixa (Empatia).

Em todas elas [as disciplinas] eu precisei de uma coisa em especial, não quer dizer que em todas elas eu falhei. Mas em todas elas eu reconheci a sua importância: “Caramba, ainda bem que eu estudei!” Como também eu fiz o contrário: “Caramba, por que eu não estudei mais isso aquilo? (Cuidado).

[...] como nesse meu estágio o maior problema que eu identifiquei foi o de administração, da relação interpessoal, as disciplinas que me ajudaram muito significativamente foram Administração e Ética, de tá realmente pegando todos os textos que eu já tinha lido e relendo novamente, e buscando mais: co-gestão, planejamento, supervisão (Utopia).

Durante a prática do estágio integrado I, eu não senti em nenhum momento déficit exatamente de muito coisa, eu não senti, porque o sétimo período é que foi a base pra tudo, que foi a saúde da família, da mulher, da criança (Saúde).

Eu não tive muita dificuldade nesse estágio do oitavo período e acredito que, com certeza, seja pelo fato de ser muito bem trabalhado durante a universidade, durante os estágios anteriores [faz referência às aulas práticas] (Pertinência).

É revelador o relato da estudante ao afirmar que, no Estágio, tudo que foi aprendido durante o curso “se encaixa”, demonstrando uma certa coerência em relação aos propósitos do curso. Esta atividade acadêmica também despertou a consciência sobre o próprio aprendizado e a consolidação de conhecimentos e habilidades trabalhados na formação. Tais concepções corroboram o conceito de Estágio adotado nesta pesquisa, construído por Lautert e Unicovsky (1998), segundo o qual o Estágio Curricular representa o momento em que o estudante, ao final do curso, entra em contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho. Também possibilita o desenvolvimento pessoal e profissional, fortalecendo os conhecimentos adquiridos no transcorrer do curso. Outras falas vêm reforçar, igualmente, esta mesma concepção:

As disciplinas ajudaram nesse estágio porque no decorrer do curso a gente tem um crescimento, cada disciplina que passa a gente cresce mais ainda. Eu acho que quando chega aqui, nesse momento do oitavo período, a gente já tem crescido muito em relação aos conhecimentos. Eu acho que isso foi fundamental pra gente chegar aqui e conseguir fazer o estágio (Delicadeza).

Eu vejo que tem muito conhecimento que a gente traz da sala de aula, conhecimento teórico, que é muito válido. [...] Eu acho que todas as disciplinas contribuíram! Às vezes, quando a gente tá estudando determinada disciplina, principalmente do início do curso, ou até depois, você pensa tão vagamente: “Onde eu vou usar isso? Como é que eu vou aplicar isso na realidade?” Talvez você não veja, ou quando você vê, você vê muito mais limitado do que vai utilizar mesmo na prática (Sabedoria).

Percebemos na fala das estudantes o tom processual que o ensino possui e o valor que o discente atribui à sua formação quando é inserido no exercício profissional do enfermeiro e consegue utilizar seus conhecimentos e habilidades para realizar o cuidado. Algo também imprescindível para a formação é que os docentes integrem esforços para planejar situações de aprendizagem que reproduzam e discutam a realidade profissional, de forma que o estudante possa perceber a aplicação do que está aprendendo e a relação entre teoria e prática. Desta forma,

haverá a construção do sentido sobre o que se aprende, que, segundo Moraes (2003), é o que torna ótima a experiência de aprendizagem.

Os estudantes afirmaram, ainda, que tiveram a oportunidade de consolidar o aprendizado acerca de alguns aspectos que haviam sido trabalhados apenas na teoria, durante o curso, como a investigação epidemiológica e a gerência, e que o Estágio suscitou a discussão de aspectos que dizem respeito ao exercício profissional. Observemos as falas:

Em relação às atividades, eu desenvolvi todas que eu tinha desenvolvido anteriormente e até mais, a parte gerencial, que a gente nunca tinha visto, eu vi agora também como a supervisão de enfermagem, que a gente nunca tinha feito, foi realizado agora (Saudade).

Esse estágio discutiu bastante as questões relacionadas mesmo com a prática (profissional) que a gente não vê quando a gente tá nas práticas [faz referência a aulas práticas] (Alegria).

Na realidade do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN, o cenário da ESF tem sido priorizado, conforme a fala da coordenadora do curso e de alguns professores entrevistados na pesquisa de Timóteo, Monteiro e Uchôa (2007), para análise do PPP do Curso de Enfermagem da UFRN de 2001, quanto à inserção do enfoque da Estratégia Saúde da Família. As autoras, citando Timóteo (2000), afirmam que nas estratégias de implementação e transformações do PPP da enfermagem, o PSF é visto como:

A possibilidade de viabilização do modelo de intervenção em saúde coletiva, efetivado através da assistência prestada em níveis de complexidade, donde a menor referência é a família. [...] No projeto político-pedagógico da Enfermagem, o PSF poderia representar a oportunidade de alunos e professores colocarem em prática o processo de cuidar em saúde coletiva, nas dimensões do assistir/cuidar/intervir, constituindo mais um espaço de intervenção interdisciplinar e multiprofissional (TIMÓTEO; MONTEIRO; UCHÔA, 2007, p. 61).

As pesquisadoras observaram avanços no PPP da Enfermagem da UFRN, em vários aspectos, inclusive voltados à Saúde da Família, a saber: concepção da enfermagem, como prática social; o SUS como modelo a ser perseguido, havendo a valorização da prática da Vigilância à Saúde e a adoção dos princípios de Promoção da Saúde estabelecidos na Carta de Ottawa (1986); a formação permeada pelos princípios da interdisciplinaridade, integralidade e terminalidade; o enfoque na atuação do enfermeiro voltado à coletividade e à família.

Quanto aos objetivos do curso, as pesquisadoras afirmam:

Os objetivos do curso não explicitam o enfermeiro como um cuidador da saúde da família, porém trazem, no seu interior, os princípios que defendem a promoção da saúde, gerência e educação permanente, bem como a investigação científica. Assim, torna-se adequado para atuar no contexto da saúde familiar (TIMÓTEO; MONTEIRO; UCHÔA, 2007, p. 58).

Mesmo com estes avanços no PPP da Enfermagem da UFRN, Timóteo, Monteiro e Uchôa (2007) perceberam que a operacionalização ocorre com atropelos, pois existe uma forte pressão opositora constituída pelos docentes e pela estrutura universitária que é regida pela disciplinarização e departamentalização, dificultando, assim a adoção da interdisciplinaridade no curso. Logo, identificam que, na realidade, a inserção do enfoque saúde da família ainda é fragmentada e pontual, permanecendo apenas na teoria ou na prática e ocorrendo em momentos específicos do curso ou em algumas disciplinas, como Epidemiologia, Saúde Coletiva, Saúde da Criança e Estágio Integrado I, informação que foi confirmada em nosso estudo:

[...] talvez, o que não seja tão bem trabalhado no curso é essa questão realmente da família, você vê como um todo. A gente vê o CD, o preventivo e outros, mas não vê o Programa Saúde da Família mesmo. Então, já que estão preparando a gente pro estágio de Atenção Básica no Programa de Saúde da Família, eu acho que falta essa visão realmente da família, do contexto social também dentro da universidade (Pertinência).

O relato da estudante é bastante coerente, ressaltando a importância de que exista uma articulação entre conhecimentos e práticas durante a formação, de modo que as situações de aprendizagem tenham em vista o cenário em que o futuro profissional irá atuar, no caso, a atenção básica. A fala permite também depreender que durante a formação algumas atividades acadêmicas são executadas de forma mecânica, sem suscitarem uma reflexão e elaboração de crítica acerca dos fatores que permeiam aquele fazer, ou seja, há pouco estímulo à assunção de uma práxis.

Apesar desta realidade, os alunos concluintes do curso de Enfermagem da UFRN foram unânimes em afirmar, na pesquisa de Timóteo, Monteiro e Uchôa (2007), que se sentiam preparados para atuar na ESF e ressaltaram o valor do Estágio Integrado I ocorrer em unidades de saúde com a ESF implantada. Tais relatos foram reiterados em nossa pesquisa pelos discentes entrevistados:

Eu acho que esse foi um período de crescimento muito grande. Eu acho que foi uma continuidade do sétimo período, porque no sétimo é um crescimento muito grande que você tem e no oitavo você continua esse crescimento. Você sai daqui preparada pra trabalhar numa unidade de saúde (Delicadeza).

[...] eu acho que eu tô bem, não estou excelente, ótima, porque tem muita coisa que eu preciso saber, que eu preciso aprimorar. Eu acho que muita coisa só a experiência que vai me dar. Mas que eu me considero muito bem pra poder assumir um trabalho como este, de trabalhar com gente, com equipe (Utopia).

[...] eu fui muito bem instruída e eu acho que eu tô preparada pra trabalhar num PSF (Maturidade).

Desta maneira, percebemos que já existem iniciativas locais de inserção da ESF na realidade do ensino, que, embora ocorram com atropelos, são valorizadas pela gestão do curso, pelos docentes e, principalmente, pelos estudantes, conseguindo, assim, concretizar a meta de aproximação entre o mundo do trabalho e o mundo da formação.

*A aprendizagem na convivência em
Humberto Maturana*

7 A aprendizagem na convivência em Humberto Maturana

No transcorrer da disciplina Metodologia do Ensino Superior, refletimos e discutimos sobre o processo ensino/aprendizagem e as teorias que o definem. Tal estudo despertou nosso interesse sobre esse processo vivenciado no Estágio, no intuito de reconhecer e analisar pressupostos epistemológicos e pedagógicos que o fundamentam, e responder ao questionamento sobre como ocorre o processo de aprendizagem dos estudantes em Estágio Supervisionado. Nesta pesquisa foi enriquecedor encontrar o trabalho do Professor Nelson Vaz (1999) acerca do ensino em saúde com base nas idéias de Humberto Maturana, discutindo que ensinar é impossível, mas que a aprendizagem é inevitável, um processo constante, natural e mútuo que ocorre na convivência, através da linguagem. Embora já tivesse iniciado alguns estudos sobre a obra de Maturana, neste momento, o olhar foi outro e o encanto foi ainda maior, sendo inevitável traçar as pontes entre o seu pensamento e o Estágio Curricular Supervisionado da Graduação em Enfermagem. Deste estudo surgiu a decisão de adotar a aprendizagem na convivência, defendida por Maturana, como perspectiva epistemológica e pedagógica na pesquisa.

Inicialmente, neste capítulo, apresentamos o educador Humberto Maturana, para, em seguida, discutirmos, de forma breve, os fundamentos epistemológicos da Biologia do Conhecer e da Biologia do Amor, colocando em **negrito** os termos-chave, e traçando as implicações pedagógicas deste pensamento, no que diz respeito à aprendizagem na convivência.

7.1 Humberto Maturana: um pouco de sua vida e obra

Humberto Romesín Maturana é Ph.D. em Biologia (Harvard, 1958), doutor Honoris Causa pela Universidade Livre de Bruxelas, pesquisador premiado no Chile com o Prêmio Nacional de Ciências (1994). Nasceu no Chile, estudou Medicina (Universidade do Chile) e depois Biologia na Inglaterra e Estados Unidos. No campo da neurobiologia, realiza estudo que objetivam compreender o ser vivo e o funcionamento do sistema nervoso, estendendo essa compreensão ao âmbito social humano. É professor do Departamento de Biologia da Faculdade de Ciências da Universidade do Chile. Criou a teoria da autopoiese, hoje denominada “Biologia do Conhecer”, juntamente com o também biólogo e chileno, que um dia fora seu aluno, Francisco J. Varela, Ph.D. em Biologia (Harvard, 1970). Suas idéias participam da composição do pensamento sistêmico, numa linha contra-hegemônica ao paradigma positivista/cartesiano, pois, ao estudarem como os seres vivos aprendem na natureza e traçarem paralelos com os seres humanos, a perspectiva biológica de Maturana e Varela extrapolou fronteiras e adentrou-se em várias áreas, como a epistemologia, a educação, a ética e a política, tendo ampla repercussão.

Hoje Maturana defende a Biologia do Amar e do Conhecer para a formação humana, sustentando que a linguagem fundamenta-se nas emoções e é a base para a convivência humana e para o aprendizado.

Ao longo de uma carreira de mais de 40 anos, publicou vários artigos e livros na área das ciências cognitivas, inicialmente, com Francisco Varela, sendo o primeiro livro intitulado *De máquinas y seres vivos: uma teoria de la organización biológica* (1973) e a principal obra, *A árvore do conhecimento* (1984). Outras importantes obras são: *Da biologia à psicologia* (1998); *Emoções e linguagem na educação e na política* (1998); *Autopoiesis and cognition* (1984), publicada com Francisco Varela; *El sentido de lo humano* (1991), dentre outras. Também

relevante é a obra que discute seu trabalho, uma coletânea de Magro, Graciano e Vaz (1997), intitulada *A ontologia da realidade* (1997).

7.2 A aprendizagem na convivência

Já na década de 1960, Maturana e Varela começaram suas pesquisas sobre percepção e cognição; anos depois desenvolveram a teoria da **autopoiese**, segundo a qual os organismos são sistemas fechados que se auto-organizam e produzem, mas que só existem na relação com o meio, recebendo e gerando estímulos, para os quais desenvolvem respostas, na forma de **mudanças estruturais** (MATURANA; VARELA, 2005). Tal noção de sistema fechado não é aplicada como oposto a um sistema aberto, mas como característica de todo sistema vivo para determinar sua própria organização, numa ação autônoma, mas também relacional com o meio e outros seres que compartilham a convivência (VIEIRA, 2004; MARIOTTI, 2007). Moraes (2003), a partir da teoria autopoietica de Maturana e Varela, afirma: “somos autônomos em nossa profunda dependência em relação ao meio e ao contexto em que estamos inseridos” (MORAES, 2003, p. 29).

Em oposição ao representacionismo, Maturana e Varela defendem que o mundo não é algo dado, que a realidade não é algo estanque que apreendemos através dos sentidos, mas que tudo é construído a partir do ser humano que observa e cria sua interpretação do mundo e da realidade; constrói o mundo enquanto constrói a si mesmo, juntamente com os outros na convivência. Assim, afirma Maturana: “O futuro de um organismo nunca está determinado em sua origem” (MATURANA, 2005, p. 29).

Tais idéias foram organizadas em um conjunto que Maturana denominou **Biologia do Conhecer**, relacionando cognição e linguagem, sendo uma epistemologia, quando busca

responder sobre como conhecemos, e também uma reflexão sobre as relações humanas, ao estudar nossa experiência com os outros na linguagem (MATURANA, 2006). Sua repercussão foi grandiosa, pois permitiu ultrapassar a premissa básica do pensamento ocidental que opõe razão x emoção, corpo x mente, biológico x social ou cultural, objetividade x subjetividade, em uma linha teórica que deu origem ao pensamento sistêmico.

O pesquisador também afirma que **o humano**, sobretudo, é **um ser de linguagem**, sendo legado a esse atributo todo processo de **hominização**, desde os primórdios da humanidade até o momento atual, pois a linguagem é um espaço de interação e de estabelecimento de consenso entre os seres. Utiliza o termo “**linguajar**”, e não apenas linguagem, enfatizando o caráter da linguagem como atividade, exercício, diferente, portanto, da tradicional concepção de linguagem como atributo/faculdade própria da espécie (MATURANA, 2006).

No estímulo à construção do conhecimento e à própria convivência estarão as **emoções**, uma vez que estas “são disposições corporais dinâmicas que definem os diferentes domínios de ação em que nos movemos” (MATURANA, 2005, p. 15). Logo, a emoção constitui-se num grande referencial para o agir humano, em um entrelaçamento cotidiano com a razão, e isto não é uma limitação como a cultura ocidental apregoa. Moraes (2003), discorrendo sobre a biologia do amor e da solidariedade, ressalta que é necessário resgatar a noção da inteireza e da multidimensionalidade do ser, a qual integra sentir, pensar e agir, como também razão e emoção.

Na convivência, uma emoção em particular move todo o processo de conhecer; essa emoção é o amor, conduta relacional dos seres, teoria que denominou **Biologia do Amor**. Para Maturana, o amor é o constituinte essencial na gênese do **social**, tendo sido determinante na história da hominização, uma vez que o processo de conhecer está atrelado ao conviver, e este necessita que aceitemos o outro em sua inteireza e legitimidade na convivência, e só o amor permite esta aceitação. O amor, atributo biológico do humano, é definido pelo autor como “a

emoção que constitui o domínio de condutas em que se dá a operacionalidade da aceitação do **outro como legítimo outro na convivência**, e é esse modo de convivência que conotamos como social” (MATURANA, 2005, p. 23). Defende a cooperação na convivência, opondo-se fortemente à competição, por conceber que esta é sempre negativa, por estar fundamentada na ação de negação do outro. Logo, não existe competição sadia e nem estímulo ao processo de viver e conhecer em um ambiente que esteja fundado na competição e na falta de respeito às diferenças e diversidades individuais (MORAES, 2003).

Nesta linha teórica, afirmar que há ensino e processo ensino/aprendizagem são noções impróprias, pois, na natureza, não existem **interações instrutivas** que determinem como o ser deve se desenvolver, já que eles são sistemas fechados e se auto-organizam (VAZ, 1999). Mas existe, certamente, **aprendizagem**, pois **viver e conhecer na relação com o meio** são mecanismos vitais, imbricados, próprios da natureza biológica dos seres vivos, que, a partir de suas condições internas realizam mediações com fatores externos e constroem, cotidianamente, seu aprendizado. Não obstante, para que o ser sinta-se estimulado a conhecer e possa se desenvolver de forma integral, quanto ao seu pensar, agir e sentir, é necessário que ele esteja inserido em espaços acolhedores, amorosos e, simultaneamente, desafiantes (MORAES, 2003). Quanto aos desafios impostos ao ser em desenvolvimento, Moraes (2003) afirma que a importância destes consiste em gerar estímulo para ajudar o ser a organizar a sua mente, focando a atenção naquilo a ser aprendido ou no desafio a ser superado.

Tal concepção acerca da construção do conhecimento também foi desenvolvida, anteriormente, por Vygotsky e Piaget, inserindo-se na corrente das teorias cognitivas do enfoque mediacional. Tal enfoque sobre o processo ensino/aprendizagem valoriza as variáveis internas do ser, considera a conduta humana em sua totalidade e defende a supremacia da aprendizagem significativa, que supõe reorganização cognitiva e atividade interna; isto, em uma oposição ao

enfoque associacionista ou do condicionamento, que considera a aprendizagem como um processo cego e mecânico de associação de estímulos e respostas, provocado e determinado pelas condições externas (PÉREZ GÓMES, 1998).

Maturana desconstrói, assim, a noção de instrução e valoriza o processo de interação dentro da **convivência**, no qual a **linguagem** é um meio de **estabelecimento de consensos**, de padronização de comportamentos, de **coordenações de ações**, de preservação de uma cultura, e não uma transmissão de informação. Centra o foco no ser que aprende, pois compreende que aprender é um fenômeno trivial, constitutivo dos seres vivos, logo, também do humano. Defende que viver, conviver e aprender são processos simultâneos e intrínsecos.

Mas, se não há ensino, então o que é o educar? Quem é e qual o papel do professor e do sistema de ensino?

Para Maturana (2005, p. 29),

o educar se constitui no processo em que a criança ou o adulto convive com o outro e, ao conviver com o outro, se transforma espontaneamente, de maneira que seu modo de viver se faz progressivamente mais congruente com o do outro no espaço de convivência. O educar ocorre, portanto, todo o tempo e de maneira recíproca. Ocorre como uma transformação estrutural contingente com uma história no conviver, e o resultado disso é que as pessoas aprendem a viver de uma maneira que se configura de acordo com o conviver da comunidade em que vivem. A educação como sistema de 'sistema de ensino' configura um mundo, e os educandos confirmam em seu viver o mundo que viveram em sua educação. Os educadores, por sua vez, confirmam o mundo que viveram ao serem educados no educar.

Dentro da **Biologia do Conhecer**, o professor é concebido como alguém que se propõe, assume a responsabilidade de criar este espaço de convivência, no qual estudantes e professor interagem, convivem, são tocados, sofrem perturbações e são desencadeadas mudanças estruturais através de **coordenações consensuais de conduta**, que é a **linguagem**. Assim, educar configura-se na maneira de enriquecer a capacidade de ação e reflexão do ser aprendente, caso contrário, haverá alienação (MORAES, 2003). Mas não é apenas o professor que cria este espaço,

o aluno também o constrói, no momento em que aceita o convite de convivência do professor, ajuda a direcionar o seu próprio aprendizado e também desencadeia mudanças estruturais no educador e nos demais estudantes. O compartilhar de saberes, sentimentos e experiências desconstrói a tradicional relação de dependência professor/estudante, e ajuda a gerar redes de aprendizagem que integram estudantes entre si e com o professor, operando uma transformação que é simultaneamente individual e coletiva. Para que tal processo ocorra, é necessário que os seres estejam abertos à mudança e envolvidos inteiramente no processo, algo que Moraes (2003) denomina como requisitos de uma escola viva.

A proposta de uma escola viva é viva porque parte de uma nova concepção de vida. É viva, pois o aluno deixa de ser o organismo passivo, que sofre influências do meio, que é moldado pelo professor, e passa a ser co-partícipe do processo educacional. É viva porque o aluno e a escola devem estar acoplados estruturalmente e para isto, educadores e aprendizes devem se colocar por inteiro nesta relação. É viva, pois o “se colocar por inteiro” [grifo da autora] implica que educadores e aprendizes vivam experiências significativas para todos e, com isto, haja vida na escola (MORAES, 2003, p. 15).

As implicações epistemológicas e pedagógicas da Biologia do Conhecer e da Biologia do Amor trazem uma nova concepção de educação, enquanto algo contínuo e recíproco, mas também individual, conservador, por deixar efeitos de longa duração, e que não constitui apenas o desenvolvimento cognitivo, mas também emocional, relacional, crítico e reflexivo. Para Maturana, o objetivo da educação é contribuir para a preservação da vida, para o conviver como sujeitos implicados na construção de um mundo melhor. Defende que a educação deve fomentar o respeito, a responsabilidade individual e social, a liberdade, a cooperação, o papel de todo ser humano como co-criador do mundo, a biologia do amor, a necessidade e ação de preservação do mundo natural, a luta contra as desigualdades e toda forma de exclusão. Se a educação não oportuniza o aprendizado da condição humana, ela não serve a nenhum povo ou país, idéia

corroborada por Leonardo Boff, Edgar Morin, Rubem Alves, Paulo Freire, Cândida Moraes, Fritjof Capra, dentre outros pensadores.

Ainda desenvolvendo suas idéias sobre o conhecer, Maturana discute a questão da objetividade, característica humana mais valorizada pela cultura ocidental. Esta discussão acaba tendo repercussão em vários campos, como o da epistemologia, da ética, da política, das relações humanas, dentre outras, vejamos o porquê.

No processo de conhecer, enquanto ser de linguagem, o humano tem que reconhecer que não consegue distinguir entre o que é **ilusão e percepção**, pois facilmente cometemos enganos, já que tudo depende do **observar** e do **observador**, ou seja, da perspectiva que adotamos quando praticamos o exercício cotidiano de busca das explicações para as nossas experiências (MATURANA; VARELA, 2005; MATURANA, 2005; MATURANA, 2006). Neste processo de conhecer, o observador, como um ser humano na **linguagem**, só consegue encontrar as explicações para as suas experiências através de **coordenações cognitivas**, quer dizer, refletindo e fazendo reformulação dentro da linguagem para a experiência que vivenciou, observando o meio, escutando os outros, interagindo, e não apenas acreditando na sua percepção. Assim, como várias podem ser as perspectivas sobre a mesma experiência ou realidade, diversas serão as possibilidades de explicação.

A validade do meu explicar, ou melhor, o caráter explicativo do que eu digo, não depende de mim, mas de vocês. (...) De fato, há tantos explicares diferentes quantos modos de escutar e aceitar reformulações da experiência. Isto é absolutamente cotidiano e a pessoa aprende a fazê-lo desde pequena... (MATURANA, 2006, p. 30).

Maturana, desta forma, chama-nos a refletir sobre como conhecemos e alerta-nos de que aquilo que julgamos **verdade** ou **mentira** é sempre uma escolha nossa, pois nenhuma proposição explicativa é uma **explicação** em si, esta só passa a ser explicativa quando o observador a aceita

como reformulação válida para explicar a **experiência** já vivida, numa ação **a posteriori**. Logo, a **objetividade** não é algo tão neutro ou impessoal como a cultura ocidental defende há séculos, já que toda explicação é uma escolha individual feita de forma **consciente** ou **inconsciente** pelo **observador** no ato de **observar**. Tal condição deve ser reconhecida pelo humano, de forma que tenha consciência e assuma a responsabilidade por seus atos, uma vez que estes têm fundamento em suas idéias.

Na busca pelas explicações, o pesquisador afirma que podemos seguir dois caminhos, **objetividade-sem-parênteses** e **objetividade-entre-parênteses**, e que na vida cotidiana, de forma consciente ou inconsciente, percorremos os dois caminhos explicativos, conforme a situação e emoção, sendo os dois caminhos, simultaneamente, explicativos e relacionais (MATURANA; VARELA, 2005; MATURANA, 2005; MATURANA, 2006).

No caminho explicativo da **objetividade-sem-parênteses**, afirmamos que a existência independe de nós, que a realidade é algo dado de antemão e o que fazemos é usar certas habilidades que temos para, racionalmente, desvendar tal realidade, descobrir o que está oculto e criar a sua representação sem questioná-la (representacionismo). “No caminho explicativo da objetividade-sem-parênteses agimos como se o que dizemos fosse válido em função de sua referência a algo que é independente de nós” (MATURANA, 2005. p. 46). Tal perspectiva motiva uma ação de descompromisso com o mundo e a realidade, já que tudo existe independente de nossa vontade, pois as coisas estão postas, são condições **a priori** e devem ser aceitas como tal. Esta percepção mostra-se também autoritária, pois fundamenta a ação em que dizemos ao outro que as coisas são daquela forma porque a realidade é aquela, não porque acreditamos ou queremos, mas porque isto independe de nossa vontade; na verdade, impomos nossa vontade ao outro, nossas idéias e o forçamos a aceitá-las. “Neste caminho explicativo dizemos que o conhecimento dá poder e legitima a ação, ainda que esta seja a negação do outro” (MATURANA,

2005. p. 49). Assim, dizemos que o outro é que está equivocado, que não aceita a realidade, não tem conhecimento, logo, não haverá diálogo e nem convivência, haverá apenas discórdia e agressão.

De conformidade com Maturana, em uma outra perspectiva, qual seja, no caminho explicativo da **objetividade-entre-parênteses**, propomo-nos a questionar pela origem das habilidades do observador para afirmar que uma dada explicação é verdadeira e aceitamos a existência de várias explicações para a mesma experiência, pois isto depende do observador que constrói o mundo, que percebe a partir do entrelaçamento do biológico, com o cultural, o social e o histórico. Logo, não é possível afirmar que o outro está errado, mas reconhecer que o ponto de vista dele é outro, numa ação legítima que funda um diferente explicar e agir no mundo.

No caminho explicativo da objetividade-entre-parênteses ninguém está intrinsecamente equivocado por operar num domínio de realidade distinto do que eu prefiro. (...) nos damos conta de que a negação do outro e do mundo que ele traz em seu viver não pode ser justificada com referência a uma realidade ou verdade transcendente, mas só pode ser justificada a partir das preferências do que nega. Por isto, toda negação no caminho explicativo da objetividade-entre-parênteses é uma negação responsável (MATURANA, 2005. p. 50).

Assim, o autor funda uma discussão epistemológica que tem implicações ética, moral, social, política e relacional, que só nos últimos anos tem sido difundido e discutido no mundo acadêmico.

*O Estágio Curricular Supervisionado como
espaço relacional da construção
do conhecimento*

8 O Estágio Curricular Supervisionado como espaço relacional da construção do conhecimento

Neste capítulo propomo-nos a desenhar as pontes entre o pensamento de Maturana e o Estágio Curricular, discutindo, portanto, a essência do estudo. Para isto, desde o início, vimos apresentando como ocorreu a convivência do estudante com o enfermeiro/preceptor, o docente/supervisor, a equipe saúde da família e a comunidade. A partir de então, pretendemos aprofundar a discussão e análise de como esta relação dialógica interage no processo de aprendizagem e no desenvolvimento das atividades do Estágio. Nessa perspectiva, descrevemos algumas novas experiências de aprendizagem, saberes construídos e sentimentos mobilizados na atividade acadêmica, de forma a ressaltar a interação entre cognição e emoção, no processo de construção do conhecimento. Em vários momentos serão elencadas críticas e sugestões, tecidas pelos sujeitos envolvidos, para o aperfeiçoamento dessa atividade acadêmica.

É importante assinalar, que, embora os estudantes tenham uma compreensão do sentido da disciplina Estágio Curricular dentro do curso, utilizaram, repetidas vezes, as expressões aula prática e estágio como sinônimas.

Ao narrar sua experiência acadêmica, o estudante dirigiu sua fala ao preceptor e à equipe, por serem os sujeitos com quem conviveu mais intensamente. Identificamos que foi difícil para o discente caracterizar a relação estabelecida com o supervisor, como convivência, pois os contatos foram mais pontuais. Também, em relação à comunidade, houve dificuldade para o aluno identificar a construção de uma convivência, mas houve, certamente, diálogo e aprendizagem.

Com base no que discutimos sobre o pensamento de Humberto Maturana, ousamos afirmar que o ECS da Enfermagem na ESF pode ser uma rica oportunidade de aprendizado,

desde que o espaço de convivência seja construído pelos sujeitos do processo: o estudante, o preceptor, o docente, a equipe de saúde da família e a comunidade. Tal missão não é tão simples, conclusão que chegamos não só a partir das falas dos participantes da pesquisa, mas da nossa própria experiência de participação na disciplina de Estágio Integrado I, auxiliando na supervisão. Outra prerrogativa é que esta atividade seja concebida e executada como uma oportunidade de estímulo ao pensamento crítico e reflexivo, e não apenas ao desenvolvimento de técnicas, rotinas e habilidades.

Compreendemos que a criação do espaço de convivência é iniciada pelo docente/supervisor, o qual estabelece contato com a USF e negocia, juntamente com a gerência e o enfermeiro do serviço, o estabelecimento do Estágio⁸. O docente pode enfrentar algumas dificuldades para criar um espaço acolhedor para o estudante no serviço de saúde, a saber: a resistência dos profissionais do serviço à presença estudantil, por acreditarem que o discente irá criticá-los ou avaliá-los, e que haverá perda de tempo ou aumento de custo no processo de trabalho; a instituição pode censurar o aumento de custo e a diminuição da produtividade, assim como a falta do estabelecimento de contrapartida do ensino ao serviço de saúde, na forma de apoio tecnológico ou educacional (OLIVEIRA M., 2006; IVAMA; BATISTA; SILVA, 2001). Um outro aspecto preocupante é a sobrecarga de funções enfrentada por muitos enfermeiros nas USFs, que terão dificuldade em assumir mais uma atribuição que, por sinal, ainda não é regulamentada e nem reconhecida, tanto pelo ensino, no sentido da concessão de benefícios ou oportunidades de educação permanente, quanto pelo serviço e gestão do sistema de saúde. Foi identificado, no estudo de Oliveira A. (2006), que uma das dificuldades apontadas pelos enfermeiros/preceptores, do Distrito Sanitário Oeste de Natal, diz respeito ao fato de a Secretaria

⁸ O Curso de Enfermagem da UFRN possui convênio com as secretarias municipal e estadual de saúde, que permite a utilização destes cenários como espaço de aprendizagem, mas é compreensível que deva existir uma autonomia da gestão do serviço de saúde e do próprio profissional na decisão de receber o estudante.

Municipal de Saúde exigir que a produtividade seja mantida, no tocante ao quantitativo de atendimentos, desconsiderando o fato de que, ao assumir a função de preceptoria, o enfermeiro enfrenta uma sobrecarga de tarefas.

A ação de garantia do cenário de aprendizagem para o discente é desenvolvida no início de cada semestre, quando os serviços são contatados para reafirmar a realização do Estágio, caso já venha ocorrendo em semestres anteriores, ou para negociar o início do Estágio naquela USF. Presenciamos esta iniciativa da disciplina e identificamos que não é uma tarefa simples, em vista da ocorrência do aumento significativo de cursos de enfermagem na cidade, desde o início desta década, situação que repercute na superlotação dos campos de prática, contexto que não é apenas local. Contudo, tal esforço do docente/supervisor, como não é presenciado, também não é totalmente reconhecido pelos estudantes, como foi possível depreender a partir das entrevistas. O discente só identifica a atuação do supervisor mediante as seguintes ações: realização de supervisão pedagógica, através de visitas ao serviço, orientação do trabalho de intervenção (uma das exigências da disciplina), e avaliação das fichas de desempenho e relatório final. Os encontros que ocorrem fora do serviço de saúde (no Departamento de Enfermagem da UFRN) ou os contatos indiretos, por telefone ou correio eletrônico, não são reconhecidos como fontes importantes de apoio e nem como o melhor meio para o acompanhamento acadêmico. Por isso, foi freqüente a sugestão de que os supervisores visitem o serviço de saúde com maior freqüência, no mínimo, uma vez por mês, e que, nestas visitas, realizem reunião com o preceptor e o estudante para discutirem as dificuldades do Estágio; sugestões que corroboramos.

Eu acho que ela [a supervisora] devia ter vindo mais, ter vindo pelo menos uma vez por mês, pra saber como é que tava, se tava dando tudo certo (Delicadeza).

A gente tá tendo pouquíssimo contato com a supervisora, até pela dificuldade de comunicação com ela. A gente ainda não teve contato direto, só mais em sala de aula, quando a gente se encontra no Departamento, conversa alguma coisa (Empatia).

Eu acho que a gente se encontrou uma duas vezes apenas, que foi pra questão do projeto de intervenção, pra gente tirar as dúvidas. E por telefone, eu falei uma vez com ela [a supervisora]. Ela sempre foi bem aberta no sentido de tirar dúvidas, no sentido de tá auxiliando. Mas, convivência mesmo, não teve muita. Então, eu não tenho nem muita coisa pra dizer. Mas sempre quando foi, solicitado alguma coisa dela, alguma informação, foi conseguido (Sabedoria).

Eu não tive tanto contato com a supervisora porque ela não podia vir à tarde e eu só podia vir à tarde, mas por telefone eu sempre falava com ela e, é o que ela sempre me dizia: “A gente tá aqui pra acrescentar e pra dar aqueles toques: você pode melhorar com isso, com aquilo outro.” Ela tinha muito contato com a preceptora, e essa avaliação, mesmo que por via da preceptora, a supervisora já sabia como eu tava. Por isso que ela sabia o que eu tava fazendo e se tava certo ou errado, por isso que ela tinha como me avaliar (Pertinência).

As falas deixam explícita a necessidade de o estudante estabelecer contato direto com o docente, em especial, no cenário do Estágio, mas não consideramos que elas signifiquem ausência de interesse em constituir uma convivência, pois há, certamente, busca pelo diálogo e apoio ao estudante.

É necessário explicitar que a noção de convivência, defendida neste estudo, não implica um convívio diário e íntimo dos sujeitos, mas a construção de relações dialógicas, em que exista a criação de consensos e coordenações de condutas, através da linguagem, como demonstrou Maturana. Logo, o ponto mais importante para caracterizar a construção de uma convivência é a existência do diálogo, aceitação do outro como legítimo e afetividade; independente da intensidade de contato direto que tenham estabelecido.

Os estudantes podem ter construído esta noção da ausência da supervisora e conseqüentemente de convivência por terem, realmente, sentido isto ou utilizado a convivência com a preceptora como parâmetro de comparação. Outro aspecto a ser considerado, na visão que

o estudante constrói acerca do papel do supervisor, é a associação com aquela ação pedagógica desempenhada pelo docente do curso nas aulas práticas.

A gente teve pouca oportunidade de convivência com a supervisora [...] Eu não posso falar porque não é um convívio como o que a gente tem em contato com a preceptora. Ela aparece aqui, a gente conversa bastante. É uma coisa mais... esporádica (Alegria).

A nossa relação com o supervisor não é aquela relação como a gente tinha com o professor, que era mais próxima. É uma coisa mais distante agora, é aquela coisa mais pontual (Resiliência).

É importante deixar claro que o Estágio tem como dinâmica específica a inserção do estudante na realidade profissional, em um serviço de saúde, compartilhando o cotidiano e convivendo diretamente com um enfermeiro do serviço. Já ao docente/supervisor é atribuída a função de supervisão indireta do desempenho estudantil, através de visitas e reuniões, de forma a minimizar a inibição do estudante ao perceber que está sendo avaliado.

Um outro ponto a ser considerado é que o curso de enfermagem da UFRN está organizado em nove períodos e, desde o quarto semestre, os estudantes começam a realizar aulas práticas nos serviços de saúde, tendo o acompanhamento de docentes de cada disciplina específica. Então, o estudante está habituado a conviver diariamente com os professores do curso. No oitavo período, o discente vivencia o Estágio Integrado I, tendo sua aprendizagem conduzida por dois sujeitos: o preceptor, um enfermeiro do serviço de saúde que se responsabiliza pela supervisão direta; e o docente da Instituição de Ensino Superior (IES), responsável pela supervisão indireta. Em nenhum destes sujeitos o estudante encontra a figura tradicional do professor, com a qual estava acostumado, fato que pode gerar perturbações. Depreendemos, assim, que pode ser difícil para o discente, mesmo que esteja inserido em relações interpessoais harmoniosas, reconhecer o papel específico desempenhado pelo supervisor e até pelo preceptor.

Não é apenas a falta do professor que o estudante sente, durante o Estágio, é também de seus colegas de turma, já que durante as aulas práticas ele estava atuando sempre em grupo.

Nas práticas a gente tava em grupo. O grupo é tão interessante que ao mesmo tempo em que ele lhe dá segurança, ele lhe dá medo, medo de errar na frente dos seus amigos. E outra coisa, tem a avaliação do professor ali do seu lado. E você meio que está buscando uma nota, mesmo que você queira realmente aprender, você busca uma nota, agradar o professor em alguma coisa ali. [...] E eu cheguei aqui, eu tava sozinho (Cuidado).

O fato de se sentir sozinho e necessitar inserir-se na convivência com pessoas desconhecidas é algo que gera perturbações no estudante, em especial, no início do ECS. Contudo, tal contexto, que possui identidade com aquele a ser enfrentado no início da vida profissional, foi escolhido de forma consciente, para instigar o estudante a construir relações dialógicas de forma mais autônoma, pois tal competência é algo importante, não só para a profissão, mas para a vida. E o propósito da educação não é apenas trabalhar o cognitivo, mas também a questão das relações interpessoais, a capacidade de comunicação, atitudes e habilidades. Lembramos também, que, segundo Maturana, se não há perturbação, o ser não pode desenvolver resposta, logo, não aprende, não evolui.

No estudo de Backes (2000), que também tematizou o Estágio Curricular no ensino de enfermagem, denominado estágio pré-profissional, o diálogo e as relações interpessoais foram compreendidos como espaços fronteiraços, no interior dos quais são construídas as possibilidades de mudança na práxis e nos estilos de pensamento do ensino de enfermagem.

Apenas três estudantes conseguiram claramente expressar o que haviam aprendido na relação com a supervisora, situação que pode estar relacionada à percepção de pouca convivência.

Ela já veio aqui pra saber como é que tá o estágio. Ela tá sempre disposta a nos ajudar. Eu acho que é fundamental a presença do supervisor, apesar de ter o preceptor, porque existem coisas que a gente não pode conversar com ele [o preceptor], porque tem coisas que envolvem a equipe dele, o trabalho dele e, de repente, até a própria prática dele. Então, a gente tem o supervisor que pode nos orientar e nos direcionar (Utopia).

A supervisora é uma pessoa muito boa, ela me deu apoio em todos os momentos que eu precisei, sempre com a calma dela, me guiou direitinho na questão de escrever o plano de intervenção. A ajuda dela foi fundamental, digamos assim, pra apaziguar lá o problema entre mim e a preceptora. Ela também contribuiu não só pra amenizar certas dificuldades, como também ela pôde direcionar [...] me trouxe bastante aprendizado e paz (Resiliência)

Realmente, a gente tem que ter essa supervisão, porque senão a gente acaba fazendo à nossa maneira e, talvez, até não aprendendo o certo. Porque ela tava sempre dando os limites, mostrando qual era realmente o nosso papel. Foi muito construtiva a presença tanto dela, quanto da preceptora (Pertinência).

Algo que foi possível depreender, no percurso da pesquisa, é que a atuação do supervisor ocorre nos bastidores da atividade acadêmica, e só ganha visibilidade quando acontecem problemas no Estágio, em especial, na relação estudante/preceptor.

Fica clara, na fala das estudantes, a importância atribuída ao supervisor operar a mediação pedagógica na atividade acadêmica. Situação oposta foi a identificação da falta de diálogo e compromisso com a atividade de supervisão, que ficou explícita no relato de três estudantes supervisionados por uma mesma docente.

Com a supervisora, eu nem tive contato, ela veio só uma vez. Eu disse os dias que eu tava aqui, aí ela marcou comigo, e justamente nesse dia eu tinha saído pra uma visita, aí eu não vi a supervisora. [...] No nosso trabalho de intervenção, quem tá tendo o contato com ela é o meu colega, mas é por e-mail, só que não teve mais nenhum contato com ele também. [...] Talvez, se ela tivesse vindo, podia ter alguma coisa a acrescentar, se a gente tivesse feito reuniões. Porque aqui, segundo a minha preceptora, nunca teve reunião, mesmo quando ela vinha com os outros estudantes, não tem reunião entre os alunos, a preceptora e a supervisora. (Maturidade)

A supervisora apareceu lá uma vez. A preceptora disse que tava gostando da minha atividade, de tudo, que não tava tendo nenhum aborrecimento. E a supervisora disse que só voltaria lá se eu precisasse ou se a enfermeira precisasse. Deixou contato, e-mail, telefone. Disse que o que eu precisasse, poderia ligar pra ela. Como não teve nenhuma intercorrência, então ela não precisou voltar lá (Saudade).

[...] não me arrependo de não ter sido avisado mais fortemente do que eu encontraria, porque a minha supervisora sabia muito mais do que eu do comportamento da minha preceptora. Então, ela me passou talvez 10% do que ela sabia. Mas, foi bom! [diz com pouco ânimo e de forma irônica] (Cuidado).

A crítica tecida por estes discentes gera preocupação, pois indica que houve falta de compromisso e interesse na supervisão e na resolução das situações de conflito. Ou seja, realmente, nestes casos apresentados, não houve a construção de uma convivência. Contudo, este problema pode estar atrelado ao perfil específico desta docente, uma vez que, em nossa participação na disciplina, foi possível acompanhar o desempenho de uma outra docente que estava responsável pela supervisão de todas as outras sete estudantes que participaram do presente estudo. Na atuação desta docente, percebemos que, mesmo tendo uma sobrecarga de atividades, havia sempre o interesse e a responsabilidade de entrar em contato com as estudantes e com as preceptoras, visitar o serviço de saúde, fazer reunião, orientar o trabalho de intervenção e mediar conflitos.

Os estudantes também sugeriram, ainda discutindo sobre a atuação do supervisor, que ele atue na escolha mais criteriosa do preceptor e que ofereça apoio pedagógico, principalmente àquele enfermeiro inexperiente na atividade de preceptoria.

Você vê que aquela pessoa tá lhe recebendo bem, tá lhe acolhendo e tá tendo o interesse em lhe mostrar o que realmente é importante pro seu crescimento, e tá fazendo de tudo pra que você aprenda, é o diferencial. Então, é de suma importância que ela [a preceptora] tenha o perfil pra isso, porque eu acho que o trabalho que eu vejo ela fazendo interfere muito no meu aprendizado e, principalmente, no meu interesse ou não pelo serviço (Pertinência).

Eu acho que o supervisor ele também tem que estar muito presente na questão do preceptor, principalmente pra minha, porque ela tava iniciando comigo [...] o supervisor é de fundamental importância pra tá guiando, orientando melhor esse preceptor, dizendo como é que ele pode tá agindo, também tá sentando com os alunos (Resiliência).

Comprendemos que agir na construção do espaço de convivência é só a etapa inicial da ação docente/supervisor, pois a principal responsabilidade é atuar, juntamente com o preceptor e o estudante, na manutenção deste espaço de convivência. Mediando a ação pedagógica, o docente deverá explicitar os objetivos de aprendizagem e, juntamente com o enfermeiro/preceptor e o estudante, avaliar o processo de aprendizagem, contribuir para a superação dos problemas e oferecer suporte ao preceptor, quanto aos fatores pedagógicos.

É imprescindível que o enfermeiro aceite o convite de convivência, feito pelo supervisor, e atue para criar um espaço acolhedor para o estudante, dentro do serviço de saúde, já que este profissional assume a responsabilidade de executar a supervisão direta do estudante. Caso a gerência do serviço permita o Estágio, mas o enfermeiro responsável pela preceptoria não incorpore a missão de convivência, dificilmente a atividade acadêmica acontecerá ou acontecerá a contento, pois o enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem e o grande articulador do processo de trabalho em saúde. Logo, consciente ou inconscientemente, sua negativa de acolhimento influenciará a ação dos demais membros do serviço e da comunidade, fazendo com que o estudante não seja aceito como legítimo outro na convivência, impedindo o diálogo e, diretamente, o aprendizado. Alguns enfermeiros podem até aceitar receber o estudante, contudo, isto não garantirá a criação de um espaço de convivência e nem o estímulo à aprendizagem.

A enfermeira ela era aquela porta de relacionamento com o pessoal do resto da equipe de enfermagem, com as auxiliares de enfermagem. Então, muitas coisas que eu queria ter feito, que precisava do esforço, de uma forcinha dela, muitas coisas eu fiquei sem fazer (Resiliência).

No preventivo, muitas mulheres tinham receio da gente estudante e diziam: “Ah, não!” Mas depois aceitavam por causa da minha preceptora, porque tinham tanto respeito por ela que acabavam aceitando. Então, a gente vê como é importante essa ligação e esse respeito do profissional com a comunidade (Pertinência).

As falas das alunas demonstraram que a preceptora é o elo de interseção entre a equipe e a comunidade, logo, sua atuação eficaz é imprescindível para o êxito da atividade acadêmica. Em tal aspecto fica impossível a intervenção do supervisor, tendo em vista que ele não pertence ao serviço de saúde.

Foi interessante perceber que, sob condições estruturais similares, ou seja, realizando o estágio na mesma USF e com a mesma supervisora, mas preceptores diferentes, os alunos tiveram oportunidades de aprendizagem e intercorrências distintas, comprovando, portanto, a importância da convivência estabelecida no cenário de aprendizagem como um diferencial na construção do conhecimento. Desta forma, a relação entre convivência e aprendizagem foi identificada em todas as falas, como algo essencial para favorecer a realização de atividades e proporcionar novas aprendizagens.

Eu tive a experiência de chegar aqui [na unidade de saúde] e não gostar e, de repente, eu conheci a minha preceptora e comecei a acompanhá-la nos trabalhos. A forma com que ela desenvolvia, fazia o trabalho fluir e se desenvolver muito melhor, e dando pra você, ensinando, mostrando todos os caminhos. Isso fez com que eu mudasse totalmente a minha concepção. [...] porque realmente fez o diferencial ter uma boa preceptora, fez toda a diferença pra mim, porque eu aprendi muito (Pertinência).

Eu não tive muita dificuldade porque eu gostei muito da minha preceptora, então eu acho que isso facilitou muito o estágio pra mim (Alegria).

Em sentido oposto, a dificuldade na relação interpessoal e a falta de diálogo, em especial com a preceptora, geraram sofrimento e desestímulo, tolhendo o estudante, conforme podemos apreender da fala de dois discentes, dentre os entrevistados.

Eu digo que ela [a preceptora], como diz no interior: “parece que ela é de lua”. [...] fica complicado realmente a gente conviver [...] no meio do estágio, ela mudou, tava mais aberta, falava comigo direitinho. Então, pra mim foi como se crescesse uma flor no meu coração, foi perfeito pra mim, eu comecei a aproveitar cada segundo do meu estágio. Então, pra mim foi um estímulo. Ai, agora, já nesse finalzinho, parece que a flor faleceu, murchoou e eu murchei junto com ela, eu fui perdendo o estímulo. A minha

convivência com ela eu não considero muito boa. [...] é como se faltasse alguma coisa, não era obrigado ser um afeto, mas alguma coisa de seres humanos! [olhos marejados de lágrimas] (Resiliência)

Alguns dias a preceptora se mostrava bastante receptiva, chegava pra mim e me mostrava muitas coisas, aí eu percebi que tava tendo uma abertura, mas, ao mesmo tempo, era como se fosse um momento, passava, e aquilo voltava a estaca zero [...] os dias foram passando, a gente nunca entrou em choque, a gente evitava isso [...] quem vê assim a gente conversando, não imagina isso não, porque a gente se respeita, a gente se tolera [...] Eu acho que sempre, todos os dias que eu venho pra cá, eu venho deixando todas as minhas emoções de lado, então eu não venho preparado pra choque, eu já venho pensando em como fazer pra evitar qualquer espécie de choque (Cuidado).

A partir das falas, podemos depreender que estes discentes não foram aceitos como legítimos na relação e que não houve a construção do diálogo. Outros fatores que dificultaram a relação estudante/preceptor foram: a instabilidade de humor demonstrada pela enfermeira e a falta de afetividade no convívio. Conforme Freire (2002), toda prática educativa é um ato estritamente humano, em que se lida com gente e não com coisas, por isso, requer a atenção delicada e amorosa ao ser do educando. Este autor defende também que a missão de estar aberto e de ter a coragem de querer bem aos educandos e à própria prática educativa da qual participa, faz parte do compromisso que o educador democrático sela com os estudantes, estando consciente de que afetividade não é algo que se opõe à rigorosidade metódica, mas uma aliada na busca pela qualidade do ensino.

Algo perceptível nos relatos apresentados, anteriormente, é que bastavam alguns sinais de abertura ao diálogo e de aceitação, por parte das preceptoras, para que os estudantes já se sentissem mais motivados, ficando demonstrado como as emoções movem as ações e como diálogo e aprendizagem são aspectos que estão imbricados. No primeiro trecho, a estudante identifica a falta de uma relação de “seres humanos”, fazendo referência à falta de afetividade na relação com a preceptora. No segundo trecho, o estudante afirma que tentou eximir-se das emoções, o que pode ser entendido como a tentativa de mover suas ações por outras emoções,

que não a agressividade. Por todos estes aspectos, podemos afirmar que nestas relações não foi construída uma convivência, pois não houve a afetividade, o amor, que, segundo Maturana (2005), é a emoção que funda o social, movendo os seres para a construção de relações dialógicas em que há a aceitação mútua e a construção de consensos. Nos casos relatados, não é possível identificar nem sequer abertura para o diálogo, estando distante a possibilidade de ter surgido alguma afetividade. Tal fato, certamente, deixará marcas, pois a educação tem efeitos de longa duração. Em curto prazo, só podemos identificar que a falta de convivência teve reflexos na aprendizagem, como um dos estudantes relatou:

Eu tenho aprendido muito! Quando a gente pensa em aprendizado, dá margem a vários tipos de aprendizagem: houve o aprendizado técnico, o científico tem sido muito bom, e o relacionamento humano também. Mas tem só uma ponta de insatisfação, só com relação ao aprendizado técnico, e talvez até um pouco do científico, porque eu tenho pra mim que eu talvez tivesse aprendido mais no outro campo [de estágio] porque o relacionamento, nesse outro lugar, teria sido melhor; o que facilitaria eu aprender mais os dois outros pontos, técnico e científico (Cuidado).

Com tal afirmação, o estudante apresentou de forma bastante madura que, mesmo em uma situação de adversidade, foi possível aprender, mas se estivesse inserido em uma relação interpessoal mais positiva, o aprendizado teria sido facilitado. Ou seja, não é apenas o ambiente que estimula a aprendizagem, mas as relações dialógicas estabelecidas na linguagem pelos sujeitos que convivem neste ambiente.

A partir das idéias de Humberto Maturana, compreendemos que o enfermeiro/preceptor, no cotidiano do serviço, terá o papel de acompanhar o estudante, estimulando seu aprendizado, inserindo-o progressivamente na realidade do exercício profissional. Como defende Freire (2002), na atuação do educador, é imprescindível o respeito à autonomia e ao conhecimento do ser do educando, assim como a humildade do educador ao se reconhecer, também, como um sujeito inacabado, em contínuo processo de formação. Para a assunção de tal postura ética, é

necessário que o preceptor aceite o estudante como legítimo outro na convivência e, através da linguagem, trabalhe conjuntamente com o estudante para o inserir no espaço de convivência da equipe multiprofissional e da comunidade. Neste sentido, devem ser estabelecidos consensos para que o espaço de convivência se materialize e possam ser rompidas as forças de resistências. Em sentido contrário, o estudante terá uma restrição em suas atividades, limitando, assim, as oportunidades de aprendizagem.

Ela [a preceptora] é muito aberta, é aquela pessoa que escuta você, ela pergunta sobre o que você tá achando e leva em consideração a sua opinião. Então, eu acho bastante importante, até porque eu sou, característica própria, de ter sempre receio do que eu estou fazendo [...] e ao longo do tempo, justamente pela questão do diálogo, perguntar como é que tá se sentindo, então foi se moldando até formar uma convivência onde tava agradando a ambas as partes: onde eu achava que não tava ultrapassando os meus limites e nem ela tava achando que eu tava sendo muito receosa pra fazer as coisas (Sabedoria).

Comparando com as outras [enfermeiras], ela é a pessoa que combina comigo, porque ela é uma pessoa que dá muita autonomia, conversa muito, sempre tá esclarecendo dúvidas e que é aquela pessoa que é... o apoio [...] isso me ajuda no sentido da autonomia, de que eu tenho que buscar os meus próprios conhecimentos e tenho sempre aquele apoio dela quando precisar (Utopia).

A minha convivência com ela [a preceptora] foi aquela coisa estritamente profissional. De ela dizer: “Não, você é aluna, você fica aqui observando o que eu faço. Faça isso que eu vou ali. Terminou [o atendimento], fique aí, que eu vou resolver uma coisa ali.” Então, no início do estágio, eu cansava de esperar por ela. [...] Ficar esperando o quê? Se não ia acontecer nada! Outro problema é que a gente nunca discutia o que eu tinha visto, as minhas dúvidas. Eu sempre ia pra casa com uma interrogação e o silêncio (Resiliência).

Com receio de ser reprovado, reprovado que eu digo não é em nota, mas de ser censurado, eu tive condutas que eu nem me reconhecia, algumas vezes, pela fragilidade, pela fraqueza que eu tive e o receio de contrariar. Então, eu sempre trazia coisas pra agradar e sempre recebia respostas grosseiras. [...] Eu procurei sempre fazer tudo pra evitar qualquer espécie de insatisfação dela [...] Foi aí talvez o meu erro, porque, algumas vezes, eu deixava de ser autêntico, de ter a minha autonomia que eu sempre tive nas práticas. [...] Eu reconheço até a minha carência, porque eu não tive essa força de fazer aquilo que eu pensava, sem entrar em choque (Cuidado).

Algo consensual nos estudos sobre Estágio é que esta atividade oportuniza ao discente o desenvolvimento de autonomia, liberdade e segurança. Para Freire (2002), toda prática educativa é um exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia do educando, mas também do educador. Neste sentido, defendemos a relevância de que a preceptora dialogue com o estudante, exerça sua autonomia e estimule a autonomia e liberdade do estudante, ao mesmo tempo em que lhe confira apoio e segurança. Se isto não ocorre, surgem os conflitos e o discente acaba tendo uma restrição de sua atuação, prejudicando a construção do conhecimento.

Duas das falas apresentadas anteriormente deixam clara a falta de diálogo e de aceitação vividas pelos discentes; contudo, exercitando a objetividade-entre-parênteses, como nos ensina Maturana, é pertinente atentarmos para o fato de que a insatisfação demonstrada pelos estudantes pode estar relacionada à idealização que os mesmos construíram acerca do estágio.

Eu sou uma pessoa que gosto muito de ser estimulada, porque todo mundo eu acho que gosta de um estímulo pra poder facilitar seu aprendizado. Então, como eu vim dessa parte de sempre tá sendo acompanhada por um professor [...] sempre tinha um estímulo. Então, quando eu cheguei lá, eu fiquei por mim mesma. Eu fiz: “Não, eu agora tenho que aprender a traçar os meus objetivos!” Só que faltava um pouco de estímulo. Um estímulo eu tinha, a dificuldade era um estímulo. Só que faltava estímulo da parte dela [a preceptora] (Resiliência).

A expectativa que eu criei desse estágio foi de um preceptor, como eu conheço alguns, que todo dia me dava um respaldo daquilo que eu fazia, uma resposta. Mas isso não aconteceu [...] eu deixei os dias passarem e fui buscando aquilo sozinho (Cuidado).

Percebemos que os estudantes possuíam uma idealização quanto ao papel do preceptor, comparando-o com o professor do curso ou com outros enfermeiros/preceptores. Como tal expectativa não se confirmou, houve frustração. Contudo, também fica visível que as enfermeiras criticadas por estes estudantes não tiveram uma postura de abertura para o outro, não se

solidarizaram com o ser do educando e com seu contexto de vida, como nos recomendam Freire (2002), Moraes (2003) e Maturana (2005).

Nas entrevistas, os discentes também discutiram a diferença entre a atuação do preceptor e a do professor do curso, reflexão que nos permitiu também depreender sobre a concepção que eles têm acerca da forma como a aprendizagem é vivenciada durante a graduação.

Lá nos outros estágios [faz referência à aula prática] a gente sempre tá com um professor, ele é professor da gente, a gente tá ali pra aprender tudo. Mas aqui não, o nosso preceptor não é uma pessoa formada pra ser seu professor (Maturidade).

O professor vai lhe ensinar bem direitinho, já o preceptor vai lhe orientar como você chegar lá (Alegria).

É importante identificar que o discente compreende a diferença entre a atuação do preceptor e a do professor do curso, situação que pode ajudar na sua adaptação ao Estágio e no desenvolvimento de uma postura mais autônoma e comprometida com o próprio aprendizado. Também foi explicitado que, durante a atividade acadêmica, o estudante vivencia um contexto permeado por desafios. Segundo Moraes (2003), metodologias baseadas em problemas têm uma maior eficácia porque

as questões-problema e os desafios implícitos levam os alunos a querer pesquisar para solucionar o problema, a esclarecer as dúvidas temporárias e a confirmar ou não as suas certezas provisórias, explicitando a sua curiosidade e o seu interesse naquele momento. É isto que, de certa forma, garante a motivação intrínseca daquele que quer conhecer cada vez mais e o impulsiona a avançar cada vez mais, a querer ir sempre adiante. Cada sucesso ou avanço obtido serve de realimentação imediata ao processo e valoriza a sua auto-estima (MORAES, 2003, p. 73-74).

Logo, ao trabalhar com projetos de aprendizagem ou com situações problemas, o estudante direciona a sua energia psíquica em busca das soluções, ao mesmo tempo em que está

imerso e concentrado em um processo de construção do conhecimento. Tal aspecto foi assim narrado por um estudante:

Quando eu cheguei aqui, qual era o meu foco? Era levar pra minha profissão. “Tudo o que eu vou fazer aqui, eu quero levar pra minha profissão!” E isso muda. O que é que isso muda na prática? É que eu vou ter muito mais atenção. Eu vou procurar fazer relação com aquilo que eu estudei [...] eu sou mais paciente comigo mesmo. Eu procuro também, às vezes, não fazer tudo conforme o livro (Cuidado).

Depreendemos que o Estágio suscita uma nova motivação para aprender, pois o discente já se aproxima da conclusão do curso e sente a necessidade de evoluir em competências e habilidades que serão necessárias ao futuro profissional. No transcorrer da atividade acadêmica, a motivação do estudante é alimentada pela convivência com os sujeitos e pelos desafios da realidade do serviço. Também relevante, para o processo de construção do conhecimento, é o desenvolvimento de um projeto de intervenção, a partir de problema(s) que tenha identificado na USF, uma das exigências da disciplina Estágio Integrado I. Durante o desenvolvimento deste projeto, o discente põe em prática suas potencialidades, no intuito de operar mudanças, sendo uma ação acadêmica que funda um compromisso ético e profissional. Educadores como Moraes (2003) e Morin (2005), corroboram a idéia de que, no contexto mundial de incertezas e mudanças constantes da globalização, a escola deve parar de formar apenas burocratas e especialistas, e assumir a missão de educar o estudante para ser um agente transformador. Para isto, é necessário que este ser humano seja educado em um espaço diferente do espaço cartesiano, ou seja, em um cenário que reflita a complexidade do mundo, de forma a exercitar a sua capacidade para antecipar problemas, aceitar bem as inovações e ser capaz de inventar o que não existe (MORAES, 2003).

Ainda tratando da postura ativa demonstrada pelo estudante em Estágio, quanto à construção do conhecimento, compreendemos que ela é resultante da interação de um conjunto de fatores, dentre eles, o fato de o discente estar concluindo o curso, logo, possui uma acumulação de conhecimentos que possibilita a resolução de problemas e a assunção da autonomia. Já nas aulas práticas, momento em que o estudante tem os contatos iniciais com as ações de cuidado, torna-se compreensível que ele apresente uma postura mais passiva, necessitando da motivação do professor, para construir os conhecimentos e segurança que ele ainda não possui. Uma estudante narrou estes diferentes momentos de seu processo de formação:

Nas outras disciplinas você não tem tanta autonomia como você tem agora, porque mesmo que você saiba, você fica querendo que o professor diga: “É assim. Tá dando certo”. Você tá debaixo da asa do professor. Aqui não, aqui é: “Te vira peão!” Quando você que tem alguma dúvida, lógico que você tem a ajuda do preceptor. Por exemplo, no outro estágio [faz referência à aula prática], você chegava em casa e estudava se quisier. Não tinha a obrigação que você sente agora de estudar, porque você vai atender uma pessoa, aquela pessoa vai lhe perguntar as coisas e você não vai ter o professor pra tá ali junto de você, pra tá tirando as suas dúvidas (Utopia).

Defendemos que o enfermeiro, ao assumir a atividade de preceptoria, precisa desenvolver uma ação pedagógica proposital, mesmo que, em alguns momentos, não seja objetivamente explicitada. Tal ação precisa estar articulada com a do docente/supervisor, no sentido de criar e/ou organizar situações de aprendizagem que sejam estimulantes para o discente e que estejam em conformidade com o plano de ensino da disciplina. Dessa maneira, o estímulo ao aprendizado torna-se a meta principal, algo que será exercitado de forma contínua no convívio com o estudante, através da linguagem. Compreendemos que não é um desafio simples atuar na preceptoria, tendo em vista ser uma atividade, ainda, voluntária, que acrescenta as responsabilidades do enfermeiro e não o exime das demais, já presentes no contexto do serviço de saúde. Outra dificuldade é que poucos enfermeiros possuem uma formação pedagógica e estão

informadas sobre as discussões que ocorrem no curso, gerando uma falta de sintonia entre o que o estudante aprendeu nas disciplinas e o que é discutido no Estágio (OLIVEIRA A., 2006). Mesmo neste cenário adverso, identificamos que muitas enfermeiras demonstram compromisso com a formação e desenvolvem, com bastante competência e empenho, a atividade de preceptoria.

O aprendizado depende muito da enfermeira que tá acompanhando o aluno, dependendo de como ela atue, de como ela seja, vai aumentar o aprendizado da pessoa (Saudade).

Ela é muito assim, quer que a pessoa aprenda, por exemplo, ela tem materiais em casa, ela chegava e me dava. Ela participou de cursos, aí ela trazia o CD pra mim. Tudo que ia acontecer aqui na unidade ela me chamava. Ela sempre tinha essa preocupação comigo, não me deixava solta (Delicadeza).

Minha convivência com a preceptora foi ótima desde o início, ela recebe aluno há umas três turmas e ela gosta e está disposta a ensinar, gosta de receber o aluno. Então, pra mim foi ótimo, porque tudo quanto ela podia me ensinar, ela ia fazendo e já ia me dando as dicas (Maturidade).

A convivência com ela foi de suma importância, por quê? Porque essa experiência vai dar pra você muita liberdade, confiança e também interesse, e a gente sabe que tudo isso interfere (Pertinência).

As falas permitem depreender o reconhecimento do estudante quanto ao compromisso demonstrado pelas enfermeiras do serviço com a formação. Contudo, acreditamos que tal contribuição não fica restrita ao campo acadêmico; trata-se de uma ação efetiva para construir um mundo melhor, pois corroboramos o pensamento de Freire (2002), de que toda prática educativa é uma forma de intervenção no mundo.

Inferimos que tudo no preceptor será fonte de observação para o estudante: personalidade, discurso, desempenho profissional, comportamento ético e conhecimento técnico/científico.

Tem coisas que ela fazia que eu ia pegando já, algumas coisas dela, eu já ia observando e já incorporei em mim essas coisas dela (Delicadeza).

Ela [a preceptora] passa aquilo que você gostaria de ser quando você se formasse, porque ela tem muita ética, atende bem as pessoas. Então, isso vai estimulando a gente pra sempre buscar crescer. Ela é um ótimo exemplo profissional! (Empatia)

[...] eu terminei aprendendo com os erros e acertos dela (Cuidado).

Como nos alerta Freire (2002), o exemplo profissional assumido pelo educador não é uma tarefa fácil, pois o ato educativo requer a corporificação das palavras pelo exemplo, logo, o preceptor precisa atentar para a coerência entre suas ações e seu discurso.

No tocante à relação interpessoal com os demais membros da equipe de saúde da família – médico, auxiliares ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde –, os estudantes relataram que havia sido bastante positiva, sendo pautada por diálogo, cooperação e troca de conhecimentos. A construção da convivência ocorreu com aqueles profissionais que estavam mais engajados e comprometidos com as ações da ESF. Houve destaque para a convivência com os agentes de saúde, existindo poucas referências aos auxiliares e técnicos de enfermagem, pois as ações na comunidade, fora do serviço de saúde, foram mais compartilhadas com aqueles profissionais do que com estes, constituindo-se nos momentos de mais intensa convivência. Um dos impedimentos para a convivência com o médico foi a inexistência deste profissional no serviço, sua postura fechada ou a sobrecarga de tarefas, pois havia alguns que estavam atendendo a duas equipes de saúde da família.

Os estudantes relataram que, a partir da convivência com a equipe, conseguiram apreender o papel de cada profissional na ESF e exercitar o trabalho em equipe. Alguns elogiaram a integração dos profissionais e uma estudante criticou a falta de um trabalho multiprofissional.

Vejamos algumas falas que ilustraram como os estudantes perceberam a convivência com os profissionais da equipe de saúde da família e como isto se refletiu na aprendizagem:

Em relação à minha equipe, todos me receberam super bem, inclusive a médica, porque todo mundo fala que a relação com o médico é difícil, mas com a minha médica foi ótimo. Semana passada ela disse: Todo mundo vai sentir a sua falta! Você vai sair daqui uma médica, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem!” Ou seja, porque eu participo desses três trabalhos, eu tento me incluir [olhos marejados de lágrimas] (Delicadeza).

Tem uma médica agora, só que ninguém tem contato com ela, porque ela chega, atende aos pacientes e vai embora (Resiliência).

No estágio a gente convive, a gente tem mais um senso de participação, por exemplo, a gente se sente parte da equipe. Eu acho que tá sendo uma experiência muito boa! [...] A convivência aqui é enriquecedora, nesse sentido, porque você vê os vários limites, as várias competências de cada profissional (Sabedoria).

Tem gente que tem mais habilidade com algumas partes da unidade, com a parte da vacina, do curativo, eu sempre que procurei fui bem recebida, deu pra aprender com todas as pessoas da equipe, independente de qual área era (Maturidade).

Os discentes tiveram a oportunidade de se sentir parte da equipe multiprofissional. Demonstraram postura ética de respeito aos membros da equipe, ao afirmar que aprenderam com todos, dentro de suas especificidade no fazer e nos conhecimentos. Percebemos que, através das relações sociais de convivência, estes profissionais foram grande fonte de estímulo e exemplo profissional para os discentes, pois existem muitos tipos de educação e de práticas educativas, como nos ensina Brandão (2006). Conforme este autor: “a educação existe sob tantas formas e é praticada em situações tão diferentes, que algumas vezes parece ser invisível” (BRANDÃO, 2006, p. 16). Afirma ainda: “As pessoas convivem umas com as outras e o saber flui, pelos atos de quem sabe-e-faz, para quem não-sabe-e-aprende” (BRANDÃO, 2006, p. 17).

Os estudantes que tiveram problema de relação interpessoal com a preceptora foram questionados se tal fato havia interferido em sua convivência com a equipe. Neste sentido, responderam:

O problema foi essa questão minha com a preceptora, mas a minha relação com o pessoal da unidade é diferente, é uma relação de profissional, é uma relação de amigo (Resiliência).

Eu acredito que o problema de relacionamento com a preceptora não interferiu na relação com a equipe. Porque, de certa forma, eu me dô muito bem com todos os auxiliares, com os agentes comunitários de saúde, com as outras enfermeiras. Não interferiu em nada. É uma coisa, realmente, pessoal, particular (Cuidado).

Percebemos nas falas que, felizmente, mesmo em um clima de desarmonia com as respectivas preceptoras, os estudantes conseguiram construir uma boa convivência com os profissionais da equipe de saúde da família. Conforme Maturana (2005), todo ser vivo cria e recria o ambiente em que vive. Logo, ele não é fruto do meio e sim um agente transformador do meio. Nesta linha de pensamento, conseguimos, então, compreender o papel ativo assumido por esses estudantes na construção de uma boa convivência com a equipe de saúde, mesmo em um cenário de adversidade.

Quanto à convivência com a comunidade, houve consenso em afirmar que havia sido bastante positiva, uma vez que a presença dos estudantes foi bem aceita e eles se esforçaram para conquistar a confiança e o respeito de todos. Afirmaram que, devido ao maior tempo de permanência no serviço de saúde, houve a oportunidade de criar vínculo com a população, algo novo para eles, desconstruindo, um pouco, o individualismo, tendência constatada em períodos anteriores ao Estágio. Esta relação despertou, igualmente, o interesse de aprender e fazer um trabalho cada vez melhor para a comunidade, o qual, compreenderam, deve ser organizado a partir do conhecimento da realidade local.

Duas estudantes ressaltaram que a convivência com a comunidade, em alguns momentos, ficou prejudicada pelo excesso de atividades assistenciais e burocráticas que o enfermeiro acumula, nas quais, os estudantes, também, estavam inseridos. Esta realidade acarretou uma maior permanência dentro do serviço de saúde e dificultou a realização de atividades extra-muros, como as visitas domiciliares e as atividades educativas com grupos, que são, na concepção dos discentes, os momentos mais propícios para escutar a população.

Apresentaremos, a seguir, algumas falas que ilustram como os estudantes perceberam sua convivência com a comunidade e como tal aspecto resultou em estímulo à aprendizagem:

A gente sempre fez de tudo pra ser bem receptiva e eles receberam a gente muito bem, o que fez com que a gente mesmo aprendesse a como trabalhar com eles, porque a gente não tem que impor a nossa posição [...] a gente tem que ganhar a confiança deles através da conversa. [...] e com todos os serviços que a gente prestou, a gente aprendeu a fazer um serviço pra comunidade. Enquanto que antes a gente pensava muito no individual e até na gente, naquela visão egoísta de fazer o nosso trabalho porque a gente tá aprendendo (Pertinência).

Eu gostei também da convivência com a comunidade, porque nos outros estágios a gente passava uma semana e ia embora, mas nesse aqui a gente passa de três a quatro meses, então cria aquele vínculo (Delicadeza).

Aqui os usuários, eles mesmos recebem muito bem, elogiam, gostam do nosso trabalho. [...] isso é mais estímulo pra gente, pra que a gente vá sempre se aperfeiçoando e sempre também ver que a forma como a gente os trata, é isso que faz com que eles nos aceitem bem (Empatia).

Eu acho que a convivência com a comunidade é interessante pra gente perceber como é que funciona e como você deve moldar o seu atendimento. Aqui a convivência é mais essa do atendimento [...] Porque aqui não tem muita atividade educativa, que é o momento, eu acho, onde você tem mais oportunidade de escutar o paciente, escutar mais as indagações da população (Sabedoria).

Eu acho que a gente fica muito preso no trabalho, na consulta, no SIAB que tem que entregar logo, nessas semanas de Amamentação, de Diabetes, de Tuberculose, de Hanseníase que sempre tá aí. Mas, o pessoal da comunidade aceita sempre ter estudante, recebe a gente muito bem. [...] O que eu aprendi é que você tem que se adaptar à realidade do local e à população que você tem, e tem que saber das manhas do povo (Utopia).

Eu sempre tentei tratar a todos igualmente, igualmente dentro das suas desigualdades. Então, a relação foi boa com os pacientes [...] Eles me trazem conhecimentos na medida em que eles trazem vivências deles (Resiliência).

Inferimos, a partir dos relatos, que o estudante teve como um dos desafios acadêmicos a construção de relações dialógicas com a comunidade, para favorecer o desenvolvimento das atividades do Estágio. E o que eles aprenderam?

Aprenderam a escuta sensível, a valorização da dinâmica e da cultura local, a fazer um trabalho para e com a comunidade, aliando humanidade, sensibilidade, técnica e conhecimentos.

E que sentimentos foram mais comuns durante a atividade acadêmica?

No início, havia o medo do novo e de como seriam acolhidos. Com o desenrolar das atividades, outras emoções começaram a mover as ações dos estudantes: a alegria, a autoconfiança, a auto-estima e a segurança. Houve momentos de comoção com o sofrimento da comunidade, revolta e indignação, pelas condições precárias dos serviços de saúde, assim como de sensação de impotência para mudar a realidade e ajudar mais a população. Surgiram também momentos de frustração, quando não era possível colocar em prática aquilo que haviam planejado. Existiram situações até de crise com a profissão, mas, em um sentido diametralmente oposto, ocasiões de reafirmação pessoal e profissional, pela grata convicção de que estavam preparados para a vida profissional.

E assim os discentes se expressaram:

No início eu fiquei com medo, porque foi o primeiro contato sem nenhum professor do lado. É diferente de você ter um professor do lado, você perguntando tudo ao mesmo tempo, e você tá com uma pessoa que você nunca viu do seu lado [a preceptora]. Mas depois eu tava me sentindo “a enfermeira” (Sabedoria)!

No início foi um pouco difícil, porque é tudo muito novo, a gente chega aqui e tem certo medo, pois não sabe como é que vai ser recebido, até mesmo pelos usuários, que têm sempre aquele medo com estagiários. Mas, aos poucos, a gente vai ganhando a

confiança [...] E quando a gente vê os problemas, vem sempre aquele sentimento ainda de impotência de não poder fazer o melhor, embora a gente queira (Empatia).

Não sei nem que palavras eu vou usar! Não é tristeza, eu acho que é comoção que eu tive com os pacientes, porque a gente atende uma realidade que é totalmente diferente da nossa (Delicadeza).

Crise com a profissão, um sentimento muito forte, por quê? Porque a gente vê, a gente estuda quatro anos, vendo que você tem que fazer assim desse jeito, a melhor técnica, a melhor maneira, o código de ética. Então, quando você chega no estágio você vê que não é realmente aquilo que você quer que seja (Utopia).

Assumir o papel de enfermeiro foi um desafio prazeroso (Cuidado).

Por tudo que já foi discutido neste estudo, é possível compreender que os estudantes, durante esta atividade, entraram em contato com uma grande diversidade de saberes, tanto no campo pessoal, quanto no profissional, social e político.

E qual foi o maior aprendizado?

(...) aqui é muito, muito aprendizado e o aprendizado maior é a relação interpessoal com a equipe, com o povo (Utopia).

Uma coisa que foi bem marcante foi a questão do relacionamento interpessoal, a questão do trabalho em equipe [...] A questão também da vivência do relacionamento com o usuário, porque antes, nas outras práticas das disciplinas, a gente também tinha relacionamento, mas era aquele relacionamento pontual (Resiliência).

Eu achei bem interessante porque você vê dificuldades que a gente não enfrentaria, porque quando a gente tá nos outros estágios [referindo-se às práticas], a gente não tem interação com nenhum profissional praticamente, você fica restrito só à assistência (Alegria).

O aprendizado foi mais na parte do relacionamento: como a gente deve se relacionar com os agentes, com o médico, que a gente também deve mostrar o conhecimento pra poder a população aceitar. [...] Também houve a aprendizagem das técnicas, quer dizer, aprendizagem não, mais o aperfeiçoamento (Maturidade).

Acho que esses são os grandes aprendizados: a convivência com a população, ver a família como um todo gerador de todo o processo (Pertinência).

Vemos, portanto, que o relacionamento interpessoal foi destacado como o principal aprendizado, tendo ocorrido, também, a concretização dos conhecimentos, a dinamização do fazer e o desenvolvimento das competências para o cuidar. Um outro aspecto importante, é que o estudante teve que reorganizar a mente, interligando e contextualizando conhecimentos, operando uma ação mental de reforma do pensamento, como defende Morin (2005). Conforme este educador, citando Montaigne, “vale mais uma cabeça bem-feita que bem cheia” (MORIN, 2005, p. 21). Explica ainda: “Uma cabeça bem-feita é aquela apta a organizar os conhecimentos e, com isso, evitar sua acumulação estéril” (MORIN, 2005, p. 24). A organização dos conhecimentos implica na integração e contextualização dos mesmos, de forma a facilitar a visão do todo. Uma estudante ressaltou que sua aprendizagem foi facilitada, no Estágio, porque ela foi estimulada a desenvolver uma visão do todo, generalista, do ser humano e de sua família, e da dinâmica do serviço de saúde. Ou seja, foi um aprendizado contextualizado. Também foi possível, conforme duas estudantes, reconhecer que já haviam aprendido bastante, mas que sempre havia dúvidas, ou seja, tiveram a compreensão de seu inacabamento, como explicita Freire (2002).

Vejamos alguns relatos que ilustram estas afirmações:

[...] foi como uma concretização do que a gente já tinha aprendido em teoria e também nas práticas, mas nas práticas a gente aprendeu tudo separadinho: uma semana fazendo CD, uma semana preventivo. E aqui, quando misturou tudo, é que a gente realmente viu a função do enfermeiro, como ele organiza tudo, e não só essa parte do atendimento, mas também como pessoa, como profissional, a postura, a conduta. E eu acho que você tendo o conhecimento do todo é mais fácil (Pertinência).

Eu sinto que aprendi muita coisa, posso dizer que aprendi muita coisa, mas também posso dizer que tenho muitas dúvidas. Ou seja, porque cada dia tem um aprendizado, mas também tem dúvidas (Sabedoria).

O ECS na ESF oportunizou uma permanência intensiva do estudante na atenção básica, gerando um maior contato com a realidade profissional e uma visão mais integral da rotina da

unidade de saúde e do trabalho do enfermeiro, uma vez que o estudante não está mais focado apenas em conteúdos disciplinares, mas no processo de trabalho como um todo. A inserção na realidade do mundo do trabalho é algo que configura um estímulo ao desenvolvimento da autonomia, responsabilidade, liberdade, criatividade, compromisso, domínio da prática, da postura profissional e do papel social (KULCSAR, 1994; BACKES, 2000; ALONSO, 2003; SILVA, 2005). Conforme Backes (2000), enquanto ensino na realidade profissional, a missão do Estágio vai além daquela presente nas aulas práticas, pois o intuito é oportunizar, ao estudante, uma experiência pré-profissional do desempenho de atividades do enfermeiro em uma realidade histórica e concreta, contando com o apoio do ensino e do serviço. Tal discussão foi abordada da seguinte maneira, nesta pesquisa:

O estágio é diferente das práticas porque nelas a gente passava uma semana e ia embora, (...) aqui não, a gente faz parte de uma programação, tem aquela responsabilidade, porque se você faltar os pacientes vão deixar de ser atendidos, porque é de sua competência, sua responsabilidade. E você começa a participar e a carregar nas costas o problema da unidade, do serviço. [...] Realmente, é assim como se fosse um trabalho mesmo. Levar as preocupações pra casa, pra pensar o que é que a gente vai fazer, pra tentar resolver e trazer pra conversar junto com a equipe. (Utopia)

Conforme Backes (2000), no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, cenário empírico de seu estudo, as docentes supervisoras afirmaram que o Estágio provocou uma mudança no perfil do estudante, ficando este mais crítico, comprometido e preparado para atuar na realidade profissional. Qualificaram o Estágio como

uma experiência indispensável, fundamental, um momento pedagógico de aprendizado intransferível e inigualável, oportunidade para o aluno realizar uma síntese do que ele viveu no curso e exercitar o papel do profissional enfermeiro (BACKES, 2000, p. 217)

Tal concepção era compartilhada por estudantes e egressos daquele curso, assim como por enfermeiras/preceptoras (BACKES, 2000).

Lembrando os quatro pilares para a Educação do Futuro, criados pela Comissão Internacional de Educação para o século XXI, da Unesco, podemos afirmar que o ECS na ESF estimulou os seguintes aprendizados: o *aprender a ser* enfermeiro, profissional de saúde, membro da equipe de saúde da família; o *aprender a fazer* o cuidado, a gerência, a educação para a equipe e para a comunidade, e a pesquisa; o *aprender a viver juntos*, convivendo com a equipe e com a comunidade; o *aprender a conhecer*, buscando meios novos de construir o conhecimento, de forma mais autônoma e constante.

Acreditamos que, durante o Estágio, a aprendizagem não esteve restrita ao estudante, mas foi vivenciada por todos que compartilharam a convivência, já que aprender é um processo mútuo e contínuo.

À guisa de conclusão

9 À guisa de conclusão

A pesquisa buscou estudar a aprendizagem do estudante de enfermagem em ECS na ESF, tendo como fio condutor a aprendizagem na convivência. Por tudo que foi discutido, podemos afirmar que os estudantes participantes da pesquisa revelaram, nas linhas e entrelinhas de suas falas, que aprenderam na convivência. Neste processo de aprendizagem foram mobilizados aspectos cognitivos, emocionais, relacionais e corporais, configurando um aprendizado integral. Devemos acrescentar que, nesta relação, não apenas o estudante aprendeu, mas todos que compartilharam a convivência.

Isto posto, é importante salientar que, quanto mais intensa e positiva a convivência, maior o estímulo à aprendizagem. Desta maneira, foi o preceptor a figura de maior destaque, sendo concebido, pelos estudantes, tanto como exemplo profissional, quanto como elo de ligação com a equipe de saúde da família e a comunidade.

Percebemos, por outro lado, que, em momentos de conflito, a figura do supervisor apareceu de forma decisiva.

Fomos em direção ao Estágio e terminamos por enriquecer esta descoberta com outras experiências, igualmente, importantes.

O aprendizado do relacionamento interpessoal foi apresentado como o mais relevante da experiência acadêmica, dando conta, portanto, da importância da afetividade no processo de aprender, conforme assinala Maturana. Percebemos, com isso, que a abordagem tecnicista começa, aos poucos, a ser superada no ensino de enfermagem e um novo perfil profissional começa a ser vislumbrado.

Todo o conhecimento construído durante o curso mostrou-se fundamental para a execução das atividades do Estágio, propiciando competência e autonomia. Depreendemos que o

ECS foi vivenciado como um momento de consolidação deste conhecimento e das habilidades, os quais haviam sido trabalhados, anteriormente, durante o curso, nas diferentes disciplinas.

A aprendizagem na convivência mostrou-se, portanto, adequada para entender como os discentes aprendem em Estágio e demonstrou pertinência para explicar porque alguns enfermeiros que exercem a preceptoria, mesmo não tendo uma formação pedagógica específica, conseguem desempenhar bem este papel. Esta realidade nos permite inferir a importância da abertura para o diálogo e do compromisso com a educação, no intuito de transformar o espaço do Estágio em um *locus* de aprendizagem, por excelência. Não estamos, com esta afirmação, desmerecendo a importância da capacitação pedagógica, que, inclusive, deve ser oportunizada pela disciplina Estágio Integrado. Todavia, temos consciência de que este é um aspecto importante, porém, insuficiente para dar conta da complexidade que envolve a prática educativa.

Um outro aspecto que ganhou visibilidade, na fala dos estudantes, foi a relevância de que o profissional de saúde conheça o contexto de vida da população com a qual trabalha, para que possa planejar o cuidado da forma mais consequente. Caso contrário, as ações não terão eficácia, pois o usuário do serviço de saúde poderá não dispor de condições necessárias para aderir ao cuidado orientado pela equipe de saúde.

Podemos afirmar que, durante o processo de pesquisa, também aprendemos bastante, tendo sido decisiva a participação na disciplina de Estágio Integrado I, pois cada visita ao serviço de saúde ou reunião, em conversa formal ou informal, inspirava-nos novos conhecimentos para enriquecer o estudo. Os percalços para implementar a coleta de dados, quanto às dificuldades para agendar e realizar as entrevistas, foram totalmente superados pela riqueza da fala dos estudantes. Estes, em todos os seus discursos, demonstraram bastante maturidade, tanto em relação à formação profissional, quanto ao processo de trabalho na ESF.

Acreditamos que esta abordagem, desenvolvida na pesquisa, pode ser aplicada em outras situações, sendo reproduzida em diferentes cenários de aprendizagem.

Compreendemos que os relatos dos discentes trouxeram subsídios para repensar o Estágio, a relação ensino/serviço, a organização da supervisão, a preceptoría e o ensino de saúde coletiva no Curso de Enfermagem da UFRN.

Recomendamos que o ensino de enfermagem continue priorizando as unidades de saúde da família como cenário educativo na atenção básica, observando-se, sobretudo, a importância de inserir os estudantes em ambientes acolhedores, de forma que a aprendizagem possa fluir e também ser estimulada. Igualmente, torna-se relevante que o tema saúde da família seja trabalhado de forma transdisciplinar, permeando os vários momentos da graduação. No tocante ao Estágio, sugerimos que a articulação ensino/serviço seja fortalecida através do docente/supervisor, inserindo o enfermeiro/preceptor na convivência, dentro do Curso de Enfermagem, de modo que possa ocorrer uma sintonia entre o mundo da formação e o mundo do trabalho.

Sábios passos do aprendizado

*Quando uma pessoa nem sabe que não sabe,
traz dentro de si uma forma de tranquilidade.
Tem sua vida limitada pela falta de conhecimento,
vive aquela paz do conformado, santa ignorância!*

*Quando ela descobre que sabe que não sabe,
sente-se incomodada, inquieta e até excluída.
Seu cérebro não suporta ter lacunas ou dúvidas
e, buscando aprender, com prazer descobre o saber.*

*Agora que sabe que sabe, quer contar a todos
como um adolescente usando seu tênis novo até em cerimônias.
Expande sua auto-estima, numa vaidade saudável,
E sente que agora pertence ao grupo dos que sabem.*

*Quando o saber acaba fazendo parte do cotidiano,
a pessoa nem se lembra de que sabe o que sabe.
Agora ela sabe que sempre existe o que ela não sabe e
sua sabedoria a leva para a humildade do aprender sempre.*

Referências

Referências

AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o Sistema Único de Saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver. In: CAMPOS, Gastão Wagner (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 171-86.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. A formação do enfermeiro frente à Reforma Sanitária. **Caderno de Saúde Pública** (RJ), v. 2, n. 4, p. 505-10, out./dez. 1986.

ALONSO, Ilka L. Keller. O exercício de liberdade e autonomia na academia – uma prática pedagógica no estágio curricular supervisionado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 5, p. 570-73, set./out. 2003.

AMANTÉA, Mara Lúcia. **Competências do professor no Estágio Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem segundo a percepção dos próprios docentes**. 2004. 102f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

ANDRADE, Luiz Odorico; BARRETO, Ivana Cristina; BEZERRA, Roberto Cláudio. In: CAMPOS, Gastão Wagner (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANDRADE, Maria Nilda. Estágio Curricular: avaliação de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 42, n. 1, 2, 3/4, p. 27-41, jan./dez. 1989.

BACKES, Vânia Marli. **Estilos de pensamento e práxis na enfermagem: a contribuição do estágio pré-profissional**. Ijuí, SC: UNIJUÍ, 2000. 272p.

BERNARDINO, Elizabeth; OLIVEIRA, Elda; CIAMPONE, Maria Helena. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 59, n. 1, p. 36-40, jan./ fev. 2006.

BERTUSSI, Débora Cristina; OLIVEIRA, Maria do Socorro Monteiro; LIMA, Josiane Vivian Camargo. A unidade Básica no contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 133-43.

BONETTI, Osvaldo Pereira; KRUSE, Maria Henriqueta. A formação que temos e a que queremos: um olhar sobre os discursos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 3, p. 371-79, maio/jun. 2004.

BOURGUIGNON, Denise Rozindo et al. Recursos humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 310-15, set./dez. 2003.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. 48. reimpr. São Paulo: Brasiliense, 2006. 116p.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: MEC, 2001.

_____. Ministério da Educação. **Lei 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: MEC, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Documentos Preparatórios para a terceira Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica**: Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>>. Acesso em: 16 mar. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes/deges>>. Acesso em: 10 fev. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes/deges>>. Acesso em: 10 fev. 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS**: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS/BRASIL**: Vivências e estágios na realidade do SUS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes/deges>>. Acesso em: 10 fev. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS**: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário Temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 56p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes/deges>>. Acesso em: 20 abr. 2007.

_____. Ministério Público do Trabalho. **Decreto Nº 87.497**, de 18 de agosto de 1982. Regulamenta a Lei Nº 6.494. Disponível em: <<http://www.prt2.gov.br>>. Acesso em: 10 ago. 2006c.

_____. Ministério Público do Trabalho. **Lei 6.494**, de 7 de dezembro de 1977. Dispõe sobre os estágios de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de ensino profissionalizante do 2º Grau e supletivo e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.prt2.gov.br>>. Acesso em: 10 ago. 2006d.

CAMARGO, Maria Cristina Von Zuben de Arruda. O ensino da ética médica e o horizonte da bioética. **Revista Bioética**, Brasília (DF), Conselho Federal de Medicina, v.4, n. 1. 1996. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/revista/ind1v4.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2008.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: ciência, sociedade e cultura emergente**. São Paulo: Cultura, 1982.

CARVALHO, Yara ; CECIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 137-70.

CECIM, Ricardo Burg; ARMANI, Terese Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores público, no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. **Projeto-Piloto da VER-SUS Brasil: Caderno de Textos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 224p.

CECIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a.

_____. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-10, set./out. 2004b.

CHEVITARESE, L. **As razões da pós-modernidade**. In: Anais do I SAF-PUC, RJ: Booklink, 2001.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 2. ed. Brasília, DF: CONASS, 2007. 167p.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 299/2005**. Dispõe sobre indicativos para a realização de estágio curricular supervisionado de estudantes de enfermagem de graduação e do nível técnico da educação profissional. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 10 ago 2006.

CYRULNIK, Boris. **Falar de amor à beira do abismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FAUSTINO, Regina Lúcia et al. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, p. 343-47, jul./ ago. 2003.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; LIMA, Valéria Vernaschi. Os paradigmas de atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 169-78.

FEUERWERKER, Laura; ALMEIDA, Márcio. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, p. 351-52, jul./ago. 2003.

FORMIGA, Jacinta. **Virando a página**: trajetos de uma prática acadêmica em administração. 2000. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2000.

FORTES, Aldaíza Ferreira. **Há falhas por parte de todos os atores**: visão do enfermeiro assistencial sobre o estágio curricular supervisionado. 2001. 203f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. 165p.

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela; OLIVEIRA, Maria Amélia. A institucionalização e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente às políticas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 54, n. 3, p. 466-74, jul./ set. 2003.

GEOVANINI, Telma et al. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: REVINTER, 2002.

GERMANO, Raimunda Medeiros. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, p. 365-68, jul./ ago. 2003.

_____. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 118 p.

GOMES, Jomara B.; CASAGRANDE, Lisete D. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 696-703, set./out. 2002.

GONDIM, Linda M. P.; LIMA, Jacob Carlos. **A pesquisa como artesanato intelectual: considerações sobre método e bom senso**. João Pessoa: Manufatura, 2002. 87p.

HENRIQUES, Regina Lúcia et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 229-50.

ITO, Elaine Emi. **O estágio curricular segundo a percepção dos enfermeiros assistenciais de um hospital de ensino**. 2005. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

IVAMA, Adriana Mitsue; BATISTA, Cleide Victor; SILVA, Regina Maria. Repensando o estágio. **Revista Olho Mágico**, Londrina (PR), v. 8, n. 3, set./dez. 2001. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/espec_novembro/home.htm>. Acesso em: 20 jul. 2006.

JACOBINA, R. R. O paradigma da epistemologia histórica: a contribuição de Thomas Kuhn. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 609-30, fev. 2000.

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1970.

KULCSAR, Rosa. O estágio supervisionado como atividade integradora. In: Piconez SCB (Coord.). **A prática de ensino e o estágio supervisionado**. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 1994. p. 63-74.

LAUTERT, Liana; UNICOVSKY, Margarita. A formação profissional do enfermeiro: reflexão, ação e estratégias. In: SAUPE, Rosita (Org.). **Educação em enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis (SC): UFSC, 1998. p. 217-41.

MARIOTTI, Humberto. **Autopoiese, cultura e sociedade**. Disponível em: <<http://www.goecities.com/pluriversu/autopoies.html>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

MATTOS, Ruben Araújo. **A integralidade das ações de saúde na Atenção Básica**: um deságio frente à hegemonia do modelo biomédico. Conferência proferida no I SENABS. Hotel Praia Mar, Natal-RN, 11 out. 2007.

MATURANA, Humberto Romesín. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Organização e tradução Cristina Magro e Victor Paredes. Belo Horizonte, MG: Ed. UFMG, 2006. 203p.

_____. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Tradução José Fernando Campos fortes. Belo Horizonte, MG: Ed. UFMG, 2005. 98p.

MATURANA, Humberto Romesín; VARELA, Francisco J. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas da compreensão humana. 5. ed. Tradução Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo: Palas Athenas, 2005. 288p.

MENDES, Eugênio Vilaça. O SUS que temos e o SUS que queremos. **Cadernos de Informações Técnicas**, Brasília, CONASS, n. 06, 2004.

_____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999a. 300p.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 1999b. 310p.

MENELAU NETO, José et al. Características regionais do emprego em Enfermagem no Brasil: 1995-2000. **Revista Formação**, Brasília (DF), n. 06, p. 71-93, set. 2002.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

_____. **Micropolítica do trabalho em saúde e a sua cotidianeidade**. Rio de Janeiro: Canal Saúde Fiocruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

MISHIMA, Silvana M.; SILVA, Eliete M.; LIMA, Regina A. A arte de curar e a arte de cuidar: a medicalização do hospital e a institucionalização da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 46, n. 3/4, p. 301-08, jul./dez. 1993.

MORAES, Maria Cândida. **Educar na biologia do amor e da solidariedade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 293p.

_____. **O paradigma educacional emergente**. 12. ed. Campinas, SP: Papirus, 2006.

MOREIRA, Herivelto; CALEFFE, Luiz Gonzaga. **Metodologia da pesquisa para professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP & A, 2006. 248p.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. In: SAUPE, Rosita (Org). **Educação em enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC, 1998. p.119-61.

OLIVEIRA, Ariane Rose. **Perfil e percepções dos enfermeiros preceptores de estágio supervisionado, em unidade de saúde da família do Distrito Oeste, Natal/RN**. 2006 25f. Monografia (Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de profissionais de Saúde) – DEGES/SGTES/MS, Natal, 2006.

OLIVEIRA, Marilda Siriani. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. **Revista Olho Mágico**, Londrina (PR), v. 10, n. 2, p. 37-39, abr./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.revistaolhomagico.com.br/2003/v1/docs/10-MARILDA.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2006.

PEREIRA, W. R.; BELLATO, R. A crise de paradigmas e a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 113-30, set./dez. 1997.

PÉREZ GÓMEZ, A. Os processos de ensino-aprendizagem: análise didática das principais teorias da aprendizagem. In: Gómez Pérez, A; Sacristán, J. Gimeno. **Comprender e transformar o ensino**. 4. ed. Tradução Ernani Fonseca Rosa. Porto Alegre, RS: Artmed, 1998. p. 27-51.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina. Classificação Brasileira de ocupações – 2002 perspectivas para análise do mercado de trabalho em Saúde com o foco na Enfermagem. **Revista Formação**, Brasília (DF), n. 06, p. 55-69, set. 2002.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. 156p.

PRADO, Juvenal Tadeu Canas. **Prescrição e realização do currículo: percepções de docentes e discentes sobre o componente curricular estágio na Graduação em Enfermagem**. 2006. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UNISANTOS, Santos, 2006.

RET-SUS - Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. PSF: balanço da estratégia e da formação dos profissionais. **Revista RET-SUS**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 34, p. 4-9, jan./fev. 2008.

REZENDE, Ana Lúcia. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1986.

ROCHA, Nadja S. **Análise do Programa Saúde da Família no Município de Natal/RN: inovações assistenciais?** 2000. 197f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2000.

SAKAI, Márcia Hiromi et al. Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 111-24.

SANTANA, José Paranaguá; CAMPOS, Francisco Eduardo; SENA, Roseni Rosângela. Formação Profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, José Paranaguá; CASTRO, Janete Lima (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos: CADRHU**. Natal, RN: UFRN, 1999. p. 109-23. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2008.

SANTANA, José Paranaguá; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. **Articulação ensino-serviço na área da saúde**. Brasília: UNB, 2002. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/polrhs/Temas/artic_ens_serv_area_saude2.htm>. Acesso em: 25 fev. 2008.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005a.

_____. Os processos de globalização. In: _____. **A globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 25-102.

_____. **A universidade do século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005b.

SANTOS, Nereide Lúcia; SANTOS, Tânia Cristina; BARREIRA, Ieda de Alencar. Estilo de vida e saúde: o cotidiano das alunas da escola de enfermagem Anna Nery na década de 20. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 51, n. 1, p. 165-76, jan./ mar. 1998.

SANTOS Silvana Sidney. Currículos de enfermagem do Brasil e as diretrizes – novas perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, p. 361-64, jul./ ago. 2003.

_____. Perfil do egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 59, n. 2, p. 217-21, mar./ abr. 2006.

SAUPE, Rosita (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998. 306p.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Revista Interface** - Comunicação, Saúde e Educação, v. 9, n. 16, p. 53-66, set.2004/fev.2005.

SILVA, Graciete Borges. **Enfermagem Profissional**: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986. 143p.

SILVA, Maria Lúcia. Estágio curricular: desafios da relação teoria e prática. In: _____. **Estágio curricular**: contribuições para o redimensionamento de sua prática. Natal, RN: EDUFRN, 2005. p. 11-19.

TIBA, Içami. **Educação & Amor**. São Paulo: Integrare, 2006. 95p.

TIMÓTEO, Rosalba Pessoa. **Projeto Político-Pedagógico da enfermagem**: um processo de construção coletiva. 2000. 326f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2000.

TIMÓTEO, Rosalba Pessoa; MONTEIRO, Akemi Iwata; UCHÔA, Severina Alice. Saúde da Família e os projetos políticos pedagógicos: intenção e gesto na inserção do tema no cotidiano dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. In: CASTRO, Janete Lima (Org.). **Gestão do trabalho no SUS**: entre o visível e o oculto. Natal, RN: Observatório RH: NESC/UFRN, 2007. p. 43-103.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. **Estágio Integrado I e II**: programa. Natal, RN: UFRN, 2007.

_____. Coordenadoria do Curso de Enfermagem. **Projeto Político-pedagógico do Curso de Enfermagem da UFRN**. Natal, RN: UFRN, 1997.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VAZ, Nelson. O ensino e a saúde: um olhar biológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl 2, p. 169-76, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1298.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2007.

VIEIRA, Adriano J. H. Humberto Maturana e o espaço relacional da construção do conhecimento. **Revista Humanitates**, Brasília, v. 1, n. 2, nov. 2004. Disponível em: <<http://www.humanitates.ucb.br/maturana.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2007.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; OLIVEIRA, Eliane dos Santos. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: empregos para os enfermeiros nas três últimas décadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 54, n. 4, p. 623-29, out./ dez. 2001.

XAVIER, Iara de Moraes; FERNANDES, Josicléia Dumêt; CERIBELLI, Maria Isabel. Diretrizes Curriculares: articulação do texto e contexto (breve comentário). **Boletim Informativo ABEn**, Brasília/DF, ano 44, n. 2, jul./ago. 2003.

Apêndices

Apêndice A

UFRN/ MESTRADO EM ENFERMAGEM

TÍTULO DA PESQUISA: A aprendizagem na convivência: O Estágio Curricular na Estratégia Saúde da Família.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de identificação:

Data: Hora:

Local da Entrevista:

Nome:

Idade: Sexo:

Local de Estágio:

Nome do Enfermeiro/Preceptor:

Nome do Docente/Supervisor:

Questões:

1. Como tem sido este Estágio para você? Por quê?
2. Como você se sente ao desempenhar o exercício profissional do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família? Que outros sentimentos você vivenciou no Estágio?
3. Como tem sido a convivência com o enfermeiro/preceptor, docente/supervisor, a equipe saúde da família e a comunidade? Esta convivência com as pessoas e com a realidade do serviço de saúde contribuíram para o seu processo de aprendizagem? Como?
4. As demais disciplinas do curso contribuíram para o desenvolvimento do Estágio na Estratégia Saúde da Família? Foi possível desenvolver no Estágio os conhecimentos e/ou práticas trabalhadas nestas disciplinas? Por quê?
5. Existe diferença entre a disciplina Estágio e as demais disciplinas do Curso, quanto a forma de aprender? Explique:
6. Agora que se aproxima o término do Estágio, como você se auto-avalia? O que você aprendeu?
7. Que sugestões você daria para o aperfeiçoamento desta atividade acadêmica? (As sugestões podem estar relacionadas diretamente com o Estágio, mas também com as demais disciplinas do Curso).

COMENTÁRIOS E OBSERVAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA:

Apêndice B

Fls. 23 A
CFE - UFRN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário, s/n Lagoa Nova – Natal-RN, CEP 59072-970, Fone: 3215-3196
e-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Ofício 031/07 PGENf

Natal, 01 de outubro de 2007

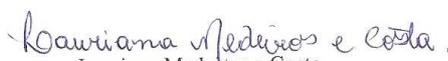
Senhora Chefe,

Solicitamos vossa valiosa colaboração no sentido de permitir a professora Lauriana Medeiros e Costa, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem – UFRN, que se encontra atualmente realizando sua Dissertação de Mestrado intitulada “A aprendizagem na convivência: O Estágio Curricular na Estratégia Saúde da Família”, colher dados nesta instituição.

A pesquisa tem por objetivo analisar a aprendizagem de estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN em Estágio Curricular Supervisionado na Estratégia Saúde da Família, a partir da visão do aluno, cursando a disciplina Estágio Integrado I, no período 2007.2, em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Oeste. Salientamos que as informações, obtidas nesta, serão utilizadas, exclusivamente, para a realização deste trabalho. Ao colaborar, Vossa Senhoria estará contribuindo para o ensino e formação em enfermagem.

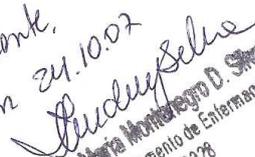
Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta chefia, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,


Lauriana Medeiros e Costa
Pesquisadora


Raimunda Medeiros Germano
Orientadora

À: Ilma. Sra. Chefe do Departamento de Enfermagem
Hylarina Maria Montenegro Diniz Silva

Cimk.
em 24.10.07

Hylarina Maria Montenegro Diniz Silva
Chefe do Departamento de Enfermagem
Mat. 2339328

Apêndice C

Fls. 12 A
CEP - UFRN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário, sn Lagoa Nova – Natal-RN, CEP 59072-970, Fone: 3215-3196
e-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Ofício 032/07 PGENf

Natal, 01 de outubro de 2007

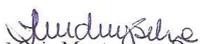
Senhora Coordenadora do Distrito Sanitário Oeste,

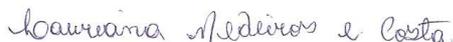
Solicitamos vossa valiosa colaboração no sentido de permitir a professora Lauriana Medeiros e Costa, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem – UFRN, que se encontra atualmente realizando sua Dissertação de Mestrado intitulada “A aprendizagem na convivência: O Estágio Curricular na Estratégia Saúde da Família”, colher dados no Distrito Sanitário Oeste.

A pesquisa tem por objetivo analisar a aprendizagem de estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN em Estágio Curricular Supervisionado na Estratégia Saúde da Família, a partir da visão do aluno, cursando a disciplina Estágio Integrado I, no período 2007.2, em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Oeste. Salientamos que as informações, obtidas nesta, serão utilizadas, exclusivamente, para a realização deste trabalho. Ao colaborar, Vossa Senhoria estará contribuindo para o ensino e formação em enfermagem.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta coordenação, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,


Hylarina Maria Montenegro Diniz Silva
Chefe do Departamento de Enfermagem
Campus do Departamento de Enfermagem
Mat 2339928


Lauriana Medeiros e Costa
Pesquisadora


Raimunda Medeiros Germano
Orientadora

À: Ilma. Sra. Josineide Barbosa de Lira
Coordenadora do Distrito Sanitário Oeste


Josineide Barbosa de Lira
Chefe do Distrito Sanitário Oeste
MAT. 32.194-0

25.10.07

Apêndice D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESCLARECIMENTOS:

Caro(a) estudante,

O objetivo deste é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado **“A aprendizagem na convivência: O Estágio Curricular na Estratégia Saúde da Família”**. O propósito do estudo é analisar a aprendizagem de estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN em Estágio Curricular Supervisionado na Estratégia Saúde da Família, a partir da visão discente, cursando a disciplina Estágio Integrado I, no semestre 2007.2, em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Oeste.

Atribuímos a relevância da presente pesquisa ao fato de poder contribuir com a discussão acerca do Estágio Curricular Supervisionado no Ensino Superior em Enfermagem na UFRN e em outras Instituições de Ensino Superior.

A coleta das informações será por meio de uma entrevista individual e grupo focal. Nas entrevistas, após prévia autorização do participante da pesquisa, será utilizado um gravador, meio importante para captar todas as informações de forma precisa.

Os procedimentos de coleta de dados, durante a sua participação no projeto, poderão oferecer pequenos desconfortos e riscos mínimos à sua saúde. Caso ocorram, serão de inteira responsabilidade da pesquisadora, que responderá por qualquer indenização.

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte da pesquisadora em manter sigilo e anonimato de sua participação.

Ressaltamos ainda que poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos. A pesquisadora responsabiliza-se por possíveis custos solicitados por você, desde que fique comprovada legalmente sua necessidade.

Esta pesquisa terá a coordenação da Dr^a Raimunda Medeiros Germano, professora do Departamento de Enfermagem. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP-UFRN.

Desde já agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento.

CONSENTIMENTO:

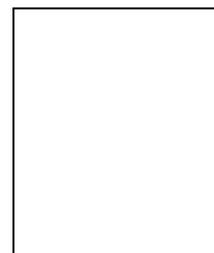
Eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada “A aprendizagem na convivência: O Estágio Curricular na Estratégia Saúde da Família”.

Assinatura do informante

Assinatura do pesquisador

Natal RN, ____/____ de 2007.

Raimunda Medeiros Germano (Coordenadora da Pesquisa)
Departamento de Enfermagem, Campus Universitário, sn
Lagoa Nova - Natal-RN, CEP: 59072-970 –
Fone: (84) 3215-3196 - E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br
Comitê de Ética em Pesquisa - UFRN
Campus Universitário s/n – Lagoa Nova, Natal/RN BR 101
Cep. 59.072-970. Fone: 32153135



Impressão Datiloscópica

Anexo

Anexo



MINISTERIO DA EDUCAÇÃO - MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

**Parecer N° 273/2007
(Final)**

Protocolo n°:	113/07 – CEP – UFRN
CAAE	0134.0.051.000-07
Projeto de Pesquisa:	A Aprendizagem na Convivência Curricular na Estratégia Saúde da Família
Área de Conhecimento	Ciências da Saúde – Enfermagem – Grupo III
Pesquisador Responsável	Raimunda Medeiros Germano
Instituição Onde Será Realizado	Departamento de Enfermagem - UFRN
Período de coleta de dados	dezembro de 2007
Finalidade	Obtenção do Grau de Mestrado
Revisão Ética em	07 de dezembro de 2007

RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

Orientações ao Pesquisador: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 15 de dezembro de 2007.


Selma Maria Bezerra Jerônimo
Coordenadora – CEP-UFRN