

FORMAÇÃO CONTÍNUA DO ENFERMEIRO: A SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

FORMACIÓN CONTINUA DEL ENFERMERO: LA SISTEMATIZACIÓN DEL CUIDADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

NURSING CONTINUING EDUCATION: THE SYSEMATIZATION OF CARE AT PRIMARY HEALTH CARE

Ana Carolina Dos Santos da Silva, Mara Quaglio Chirelli

Faculdade de Medicina de Marília, Brasil

Correspondencia: Ana Carolina Dos Santos da Silva

Correo: ana.carolina_sud@hotmail.com

Recibido: 16/12/2019; Aceptado: 22/05/2020

DOI: 10.17398/0213-9529.39.2.139

Resumo

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, torna-se central o processo de mudança das práticas, dentre essas a enfermagem, e a construção da sistematização do cuidado necessita também de mudanças, sendo necessária a formação contínua dos profissionais. Objetiva-se analisar a formação dos enfermeiros da Atenção Primária a Saúde para realizar a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) na Estratégia Saúde da Família. Adotou-se a abordagem qualitativa, com coleta dos dados por meio de entrevista semiestruturada com 19 enfermeiras. Utilizou-se análise de conteúdo, modalidade temática. Identificou-se que os profissionais utilizam diversos referenciais para sistematizar o cuidado, que a formação inicial e contínua dos profissionais contribuiu para essa situação, assim a falta de definição de diretrizes para a realização da sistematização, tanto na academia como nos serviços, influenciaram o cenário. Sugere-se que as instituições de ensino possam abordar essa prática de forma contextualizada e articulada à diretriz da integralidade no cuidado.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Processo de enfermagem; Pesquisa qualitativa.

Resumen

Con la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, el proceso de cambiar las prácticas, entre ellas la enfermería, y la construcción de la sistematización del cuidado también requieren cambios, haciéndose necesaria la formación continua de los profesionales. El objetivo es analizar la formación de enfermeras de Atención Primaria de Salud para realizar la sistematización de la atención de enfermería (SAE) en la Estrategia de Salud Familiar. Se adoptó el enfoque cualitativo, con recopilación de datos a través de entrevistas semiestructuradas con 19 enfermeras. Se ha utilizado el análisis de contenido, modalidad temática para sistematizar la atención de enfermería y que la educación inicial y continua de los profesionales contribuyó para esta situación, siendo que la falta de definición de pautas para la realización de esa sistematización, tanto en la academia como en los servicios, han influido en el escenario investigado. Se sugiere que las instituciones educativas puedan abordar esa práctica de manera contextualizada y articulada con la directriz de integralidad de la atención.

Palabras clave: Atención de enfermería; Enfermería; Estrategia de Salud Familiar; Proceso de enfermería; Investigación cualitativa.

Abstract

With the implementation of the Brazilian National Health System (SUS), the process of changing practices, which includes nursing in health services becomes essential, and the construction of care systematization also requires changes, being necessary the continuing professional formation. This paper aims to analyze the training of Primary Health Care nurses to perform the Systematization of Nursing Care (SNC) in the Family Health Strategy. The qualitative approach was adopted, with data being collected through a semi-structured interview with 19 nurses. The analysis of the data was performed by content analysis, thematic modality. It was observed that professionals use several references in order to systematize nursing care, having their initial and continuous training contributed to this situation. The lack of guidelines definitions for the accomplishment of this systematization, both in the academy and in the health services, influenced the researched scenario. It's possible to suggest that educational institutions could approach this practice in a contextualized and articulated way according to the integral care guideline.

Keywords: Nursing Care; Nursing; Family Health Strategy; Nursing Process; Qualitative research.

INTRODUCCIÓN

Em virtude do contexto da saúde pública no Brasil nas décadas de 1970 e 80, surge a necessidade da criação de um sistema único de atenção à saúde da população. É aprovado em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em princípios da universalidade, integralidade e equidade (Freitas & Santos, 2014). Para que pudessem ser viabilizadas as mudanças na organização dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS), foi criado, por meio do Ministério da Saúde (MS), em 1994, Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, a fim de reestruturar as ações e instituir novas práticas de saúde (Silveira, Silva, & Hertel, 2016).

Futuramente se tornaria Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como enfoque a promoção da saúde e prevenção de doenças, buscando a racionalidade da utilização dos serviços de saúde da rede de cuidados, diminuição das internações, sendo o paradigma de APS no Brasil, considerada a principal estratégia para a mudança do modelo de atenção frente à crise no setor saúde do País (Maciel, Caldeira, & Diniz, 2014).

Cada equipe é constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários (ACS) (Pinto & Giovanella, 2018). Atualmente foi incorporado à equipe os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar (ASB) e ou técnico em Saúde Bucal (TSB), como parte da organização do trabalho multiprofissional (Portaria nº 2.488, 2011).

No contexto das mudanças da organização do trabalho na APS, especificamente na ESF, o profissional enfermeiro estrutura seu processo de trabalho em cinco dimensões, sendo essas complementares e interdependentes: assistência, gerência, ensino, pesquisa e participação política. Dentre as atribuições do enfermeiro que atua na ESF pode-se citar a realização do cuidado integral atuando na promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação da saúde dos indivíduos e famílias, bem como realização da consulta de enfermagem e solicitação de exames complementares (Freitas & Santos, 2014).

Nesse cenário de mudanças e reorganização do processo de trabalho, está incluída a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) no cuidado realizado, prevista pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), na Resolução COFEn nº 358/2009 (Conselho Federal de Enfermagem, 2009). Essa resolução reforça a importância de planejar o cuidado em enfermagem e dispõe que sua implementação deve ocorrer em todas as áreas da assistência à saúde e em todas as instituições de saúde, públicas ou privadas, para nortear o trabalho do enfermeiro e atender os princípios do SUS.

Para o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) a prática de enfermagem é definida dentro de uma estrutura legislativa e reguladora que discorre sobre as competências dos enfermeiros, com conhecimento, capacidade, responsabilidades, liderança e deveres dos profissionais. Para tanto, se faz necessário formação inicial e contínua, com fundamentação para garantir a qualidade da assistência, além de compreenderem as competências específicas e terem condições para exercer sua prática profissional (Consejo Internacional de Enfermeiras, 2020).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou documento sinalizando as “Diretrizes Estratégicas para a Enfermagem na Região das Américas” para que ocorram avanços e fortalecimento da enfermagem nos sistemas de saúde, a fim de construir respostas ao acesso e à cobertura universal à saúde e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Dentre as diretrizes

está a ampliação e capacitação dos enfermeiros para atuar estrategicamente na APS, melhorando a regulamentação e formação profissional, com delimitação das competências e capacidade de operar e tomar decisões frente às situações, para que se tenha impacto positivo nos sistemas de saúde e na vida das pessoas, das famílias e das comunidades (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019).

A SAE destaca-se por ser uma metodologia dinâmica e sistemática que direciona a tomada de decisão do enfermeiro durante sua prática para que, dentre as finalidades, possa prestar o cuidado em saúde sem causar danos, sendo necessário ter bases teóricas para a construção de um modelo assistencial que a direcione, mas tendo condições básicas para sua implementação (Neco, Costa, & Feijão, 2015). Ela organiza o trabalho enquanto método, tornando possível a operacionalização do PE, que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional (Krauzer, et al., 2015).

Para a enfermagem a SAE é considerada como um saber-fazer específico do enfermeiro, tornando-se requisito legal e obrigatório a partir da publicação, pelo COFEn, da Resolução nº 272 de 2002, revogada pela Resolução nº 358 de 2009. A resolução estabelece a sua realização e implementação por meio do Processo de Enfermagem (PE), em todos os ambientes os quais ocorra cuidado de enfermagem, seja ele público ou privado. Muitas vezes a SAE e o PE são vistos e citados como sinônimos, mas, a SAE é mais ampla, é uma ferramenta capaz de operacionalizar, por meio do saber, métodos e instrumentos capazes de operacionalizar as etapas do PE, no qual inclui elementos fundamentais da prática de cuidado, como, o diagnóstico e a prescrição de intervenções de enfermagem (Gutiérrez & Moraes, 2017).

No entanto, há dificuldades reconhecidas pelos enfermeiros para que essa sistematização do cuidado seja realizada. Dentre os determinantes estão os relativos à organização do trabalho com grandes demandas de serviço burocrático, a falta de comunicação entre os serviços de saúde, a falta de tempo para realizar as ações previstas no PE e o número reduzido de profissionais. Por outro lado, há também determinantes ligados à gestão, relacionado com a falta de apoio institucional e de recursos para efetivar a SAE, além dos problemas com a formação profissional que fundamente a prática da sistematização (Oliveira & Borges, 2017).

Em outros países também há dificuldades em operar a sistematização do cuidado, mesmo em áreas específicas como o cuidado com feridas realizado pelo enfermeiro, por não desenvolverem todas as etapas do processo de enfermagem (PE), apresentando documentação escassa e incompleta, principalmente na fase da coleta de dados e diagnóstico de enfermagem (Ding, Lin, & Gillespie, 2016).

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo utilizada como ferramenta reorganizadora das práticas em saúde no Brasil. Promove acesso, tem as demandas de cuidado melhor atendidas, podendo impactar nas condições de saúde das pessoas. As equipes devem adotar uma abordagem integral no cuidado, com avaliação de risco e adoção de medidas de promoção à saúde. Ou seja, as práticas devem romper com o modelo biomédico, com ações interdisciplinares, interprofissional, considerando o contexto sociocultural e as necessidades de saúde (Oliveira, et al., 2020). Para que ocorram mudanças nas práticas, destaca-se a necessidade do envolvimento dos gestores, propondo e apoiando a reestruturação dos processos de trabalho na ESF (Lima, et al., 2019).

Ao organizar o cuidado de forma interdisciplinar e em rede, pressupõe-se a necessidade de articulação entre os saberes profissionais. O cuidado integral traduz-se na utilização da

clínica ampliada, no matriciamento entre a equipe de referência e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), por meio da comunicação horizontal no trabalho em equipe, sendo a educação permanente em saúde (EPS) uma prática de reflexão para promover as mudanças na forma de organizar o trabalho (Oliveira, Baduy, & Melchior, 2019).

Porém, convivemos com diversas formas de organizar o trabalho e o cuidado, com diferentes concepções de saúde e doença. Nesse contexto de diferenças, a formação dos profissionais na graduação e nos serviços tem influenciado na constituição da prática em saúde e na organização e sistematização do cuidado em enfermagem. Krauzer *et al.* (2015) destacam que há discordância entre o que se vive nos serviços de saúde e o que se ensina na graduação. Há pouca contribuição para uma metodologia que promova o cuidado integral, tendo abordagem insuficiente e/ou incoerente, provocando insegurança nos discentes na sua aplicação.

De acordo com Wojnar & Whelan (2017), o papel dos enfermeiros em muitos contextos da APS, tendo como base que a comunidade crescerá rapidamente em um futuro próximo, contribuirá para a qualidade do atendimento e melhoria da saúde da população. No entanto, para que essa mudança de paradigma no cuidado em saúde ocorra plenamente, se faz necessário esforço de todas as partes, incluindo educação em enfermagem. Em particular, os educadores devem ter o olhar ampliado sob o futuro e revisar as práticas profissionais, buscando currículos para preparar as novas gerações de enfermeiros prontos para assumir papéis amplos na saúde, bem como na atenção primária.

Considera-se, a partir desse contexto, como pressuposto que há dificuldades na realização da SAE uma vez que a gestão dos serviços e formação dos enfermeiros não tem contribuído para as mudanças na prática profissional na perspectiva da integralidade e sua sistematização.

Sob essa ótica, questiona-se como tem ocorrido a formação do enfermeiro para realizar a SAE no contexto da ESF, existem dificuldades ou facilidades nesse processo?

Objetivou-se analisar a formação dos enfermeiros da Atenção Primária a Saúde para realizar a sistematização do cuidado na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. O cenário de pesquisa se dá em um município do Estado de São Paulo, Brasil, o qual encontra-se na região Centro-Oeste Paulista. Sua população é de aproximadamente 217 mil habitantes (IBGE, 2009). A cidade é considerada referência Estadual em Saúde, pois possui 5 hospitais e 1 maternidade, 35 ESFs, 12 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), 1 Policlínica e 2 Pronto Atendimento (PAs), 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (Marília, 2010).

As unidades da ESF representam o cenário da pesquisa, levando-se em consideração que há um investimento do MS em realizar mudanças na APS e a ESF tem sido o modelo escolhido para que os serviços sejam realizados.

Há no município 50 enfermeiras atuando nas ESF e UBS, distribuídas nas regiões norte, sul, leste e oeste. Trabalhou-se com uma amostra intencional dos participantes da pesquisa. Por amostra intencional entende-se que um subgrupo participará do trabalho, resultando numa amostra representativa para toda população. Considerando-se as características das unidades e as regiões do município, utilizou-se, portanto, como critério de inclusão dos participantes:

serem enfermeiras contratadas e atuando a pelo menos um ano nas unidades ESF da SMS; estar trabalhando nas ESF no período de coleta de dados; selecionar as profissionais considerando a distribuição nas unidades de saúde das regiões de saúde (norte, sul, leste e oeste, inclusive as unidades da região rural).

Como critérios de exclusão: estar atuando a menos de um ano nas unidades da ESF; estar ausente por motivos de férias, licenças ou outros motivos no período de coleta de dados.

Do total de 38 enfermeiras atuantes, selecionou-se 19 participantes, de acordo com a distribuição proporcional por região de saúde, demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Número de enfermeiras por região de saúde, número de enfermeiras selecionadas de acordo com a proporção de unidades de saúde nas regiões, Marília, 2017

Região do município	Nº de enfermeiras	%	Nº Enfermeiras entrevistadas/região
Norte	11	29,0	6
Sul	8	21,0	4
Leste	6	15,9	3
Oeste	8	21,0	5
Substitutas	05	13,1	1
TOTAL	38	100,0	19

Fonte: SMS – Marília, 2018

Entrevistou-se 19 enfermeiras da ESF, dentre essas 18 são inseridas nas equipes nas unidades e uma faz a substituição dos profissionais inseridos nas equipes da ESF. Todas as enfermeiras são do sexo feminino, com idade entre 30 e 51 anos, com média de 38,2 anos.

Dentre as entrevistadas apenas uma não possui pós-graduação, as outras possuem nas áreas de saúde da família, saúde pública, saúde coletiva, educação e saúde, saúde mental, urgência e emergência, administração de serviços de saúde, enfermagem do trabalho, envelhecimento, saúde e envelhecimento, preceptoria, gestão em saúde, unidade de terapia intensiva (UTI), formação didático pedagógica. Estão contratadas na ESF entre três e 20 anos, com média de 12 anos, aproximadamente. Já o tempo de atuação na APS varia entre três e 20 anos, com média de 11,8 anos.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada. A entrevista é um método mais utilizado nas pesquisas qualitativas, na qual pode-se obter tanto dados quantitativos quanto qualitativos, realizada a partir de um diálogo entre duas pessoas, o entrevistado e o entrevistador. Utilizou-se um roteiro para auxiliar a condução da entrevista, sendo composto de perguntas abertas, relacionadas à formação para a realização do cuidado em saúde/assistência de enfermagem; qual a formação para realizar a sistematização do cuidado na graduação e no trabalho, quais as dificuldades na formação para realizar a sistematização.

Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2018, por uma única pesquisadora, tendo as entrevistas duração de 05:08 a 29:13 minutos, em média 13:11 minutos. Iniciou-se a coleta solicitando aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando procedimentos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466, 2012).

O trabalho de campo realizou-se após a aprovação do projeto no Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) da Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SMS) e no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), sendo aprovada pelo Parecer 2.517.766.

O tipo de análise que utiliza-se no presente trabalho é a análise de conteúdo, na modalidade temática, segundo Minayo (2013). A análise se constituiu em três etapas. Na primeira realizou-se a pré-análise com a abordagem do material analisado, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais do trabalho. Realizou-se uma leitura fluente para tomar como posse todo material resultante da coleta, para então ter a constituição do *corpus*. A segunda etapa consistiu na exploração do material classificando-o em categorias. No processamento da análise temática utilizou-se para a organização dos dados a planilha do *excel*, tendo como intenção a sua categorização e classificação. O trabalho com esse programa gerou matrizes que auxiliaram na visualização dos dados de forma sistematizada, agrupados pelo conjunto das falas por categoria, proporcionando a elaboração de síntese de cada categoria. Posteriormente, essa síntese auxiliou na elaboração dos núcleos de sentido (quadro 1). Por ser operacionalizada em formato de matriz, essa também ajudou na visualização do conjunto de sínteses.

Em seguida, realizou-se síntese de cada categoria expressa e, posteriormente, identificou-se no processamento dos dados os núcleos de sentido e temas (quadro 1). Nessa fase do processamento, dois pesquisadores fizeram a validação da categorização dos dados até o estabelecimento do tema.

Em seguida, realizou-se síntese de cada categoria expressa e, posteriormente, identificou-se no processamento dos dados os núcleos de sentido e temas. Nessa fase do processamento, dois pesquisadores fizeram a validação da categorização dos dados até o estabelecimento do tema (quadro 1).

Quadro 1. Apresentação dos temas e seus respectivos núcleos de sentido, Marília, 2018

Temas	Núcleos de sentido
A formação para a realização do cuidado em saúde/assistência de enfermagem.	- Formação para realizar a sistematização na graduação e no trabalho; - Desafios e proposições para realizar a sistematização do cuidado

Fonte: dados da pesquisa

E na terceira etapa realizou-se a discussão e interpretação dos dados a partir do referencial de educação, cuidado e integralidade.

Para que a identificação dos participantes se mantivesse preservadas, os fragmentos das falas são representados pela letra “E” e o número da entrevista. Ex: E1, E2, E3, ... E19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Formação para realizar a sistematização na graduação e no trabalho

Os participantes da pesquisa mencionam que a aproximação com a sistematização do cuidado foi muito breve durante a graduação e na pós-graduação, ao realizarem os cursos de residência ou mestrado. Ao se inserirem nos serviços de saúde, houve capacitação organizada por atividades da parceria ensino-serviço. Outras enfermeiras aprenderam a trabalhar com a sistematização do cuidado no dia a dia, após iniciar suas atividades na APS. Porém, sinalizam que não houve aprofundamento de como utilizar as ferramentas e os referenciais.

“na academia, mas de uma maneira muito breve, muito sucinta. Houve uns dois momentos pelo COREn, quando começou a questão da sistematização de seguir o COREn, ele começou a ter esse olhar diferenciado [...]” (E7)

“Tive. Há muito tempo, quando a gente entrou no PSF a uns 17, 15 anos atrás, a gente tinha capacitações para isso frequente, principalmente, era a FAMEMA, tinha uma boa parceria com a secretaria [...]” (E16)

Os desafios na adoção e aplicação da sistematização do cuidado pelos enfermeiros nos serviços de saúde já começa na formação inicial na graduação, na qual os cursos não apresentam claramente ao estudante a sua diretriz institucional para a construção do cuidado individual e coletivo. Quando se inserem nos serviços de saúde esse desafio continua a existir, uma vez que nesses também, muitas vezes, não há definição institucional de diretrizes para a prática do enfermeiro.

Isso fica claro ao mencionarem como referenciais adotados na sistematização durante o cuidado a *North American Nursing Diagnosis Association-International* (NANDA), necessidades de saúde e a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), destacando que NANDA é mais adequado ao ambiente hospitalar.

“tive, na faculdade [...] tinha uma matéria que era específica da sistematização da assistência de enfermagem, só que era bem voltado para o campo hospitalar, tanto que eles focam no NANDA. Aqui na atenção básica a gente não usa. [...]” (E9)

“[...] na faculdade, a gente aprendeu na quarta série, no terceiro acho que já começa aprender [...] eu fui para Curitiba e também aprendi a parte do CIPESC, que ainda não era tão conhecido [...]” (E12)

“[...] na faculdade eu tive aproximação com dois referenciais, tanto a SAE quanto às necessidades de saúde. Durante residência, trabalhei mais com a SAE e no mestrado eu trabalhei mais com necessidade de saúde. Mas acredito que fiquei satisfeita com o que eu tive na minha graduação com relação aos referenciais [...]” (E3)

“tive na faculdade, principalmente, depois foram muitos poucos os momentos que a gente teve. [...]” (E10)

Os participantes destacaram alguns referenciais que ancoram a sua prática de sistematização do cuidado na formação profissional inicial e em serviço, porém, não corroborando a diretriz da integralidade proposta no SUS. Ou seja, o uso da clínica numa perspectiva reduzida ou clássica privilegia a abordagem das pessoas no cuidado com maior enfoque na dimensão biológica. Há um esforço para que ocorram mudanças nessa perspectiva tanto a partir da aprovação do SUS, estabelecendo a integralidade como diretriz para organização e realização do cuidado, mas também ao propor as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação do enfermeiro.

As DCN para a formação de bacharel na graduação em enfermagem, no Brasil, sinaliza que “o cuidado de enfermagem, dentre outras formas, se expressa por meio do processo de enfermagem, da sistematização da assistência de enfermagem – SAE e de um sistema de classificação/taxonomia como tecnologia do processo de enfermagem (...)” (Resolução nº 573, 2018). Essa legislação garante a diretriz que as instituições de ensino devem seguir na construção dos parâmetros da sistematização do cuidado nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC).

No Brasil, após a implementação da nova Constituição Federal, instituindo o SUS, e a Lei Orgânica da Saúde, em 1988 e 1990, a integralidade torna-se diretriz central para a mudança do modelo de organização dos serviços e da prática do cuidado individual e coletivo. A integralidade no cuidado tem como sustentação teórica a abordagem das pessoas e das situações numa perspectiva integrada, interligando as situações, seus determinantes, realizando acompanhamento longitudinal, promovendo vínculo, acolhimento, abordando as necessidades em sua complexidade e com intervenções interprofissionais (Colaço, Meirelles, Heideman, & Villarinho, 2019).

Para que se constitua o cuidado integral, sinaliza-se o trabalho a partir das necessidades de saúde da comunidade, visando atender a todas as necessidades dos pacientes, nas esferas

biológicas, psíquicas e sociais. É necessária articulação entre as necessidades de saúde com as necessidades sociais. As necessidades são social e historicamente construídas, ou seja, se modificam na medida em que ocorrem mudanças na forma de viver, adoecer e morrer. Cada época e sociedade produzem suas necessidades, podendo nomeá-las como necessidades. Ela se materializa no encontro do usuário e os profissionais de saúde, podendo ser viabilizada por meio da escuta, compreensão e acolhimento delas. Na sua operacionalização foram classificadas em quatro grupos, sendo eles: boas condições de vida; acesso ao consumo de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos afetivos entre usuários e equipes de saúde e graus crescentes de autonomia (Cecílio, 2015).

A utilização de NANDA foi mencionado, pois é um dos referenciais de diagnóstico mais conhecidos e utilizados na prática de enfermagem no Brasil, sendo definido como “juízo clínico sobre as respostas de um indivíduo, da família ou comunidade a problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais, que propiciam a base para escolha das intervenções”, sendo fundamentado na teoria dos Padrões de Respostas Humanas, que são elas: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir. Utiliza-se os diagnósticos para construir as intervenções de enfermagem para se obter resultados frente ao cuidado realizado (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Outro referencial abordado pelos enfermeiros foi o CIPESC, o qual foi construído como contribuição brasileira à Classificação Internacional para as Práticas em Enfermagem (CIPE) no campo da Saúde Coletiva. Considera-se que ele possa colaborar e ser uma ferramenta potente por padronizar uma linguagem nessa área e auxiliar na sistematização do cuidado. Pauta-se numa concepção de que o processo saúde-doença é o resultado da forma de organização social e de como os grupos reproduzem-se, a partir de suas condições de trabalho e vida, sendo um instrumento potente para a qualificação da prática comprometida com o SUS (Nichiata, et al., 2012).

Os referenciais nem sempre estão pautados na perspectiva da integralidade, trabalham com uma concepção de saúde fragmentada, privilegiando a dimensão biológica no cuidado, focando na abordagem por sistemas desarticulados. O referencial constituído por Morin nos traz uma outra perspectiva para a abordagem do conhecimento. Defende o religar dos saberes, refutando a disjunção entre o autoconhecimento atrelado à filosofia e o conhecimento objetivo à ciência. O domínio do conhecimento fragmentado em função das disciplinas impede de se operar o vínculo entre as partes e suas totalidades, deve ser substituído por uma maneira de conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade e seu conjunto (Oliveira & Almeida, 2019).

Na pesquisa ao ser sinalizado que são utilizados diversos referenciais para a prática do cuidado e na SAE, também existem diferentes formas de compreender e realizar a prática em saúde e em enfermagem, com diversas visões do processo saúde e doença, da concepção de prática profissional e, conseqüentemente, do cuidado em saúde e de organização do processo de trabalho. A constituição da integralidade no cuidado e o trabalho em equipe interprofissional têm apresentado desafios frequentes para que novas práticas possam ser construídas nos serviços de saúde, possibilitando o trabalho em redes, integrado e proporcionando ações a partir das necessidades dos usuários, sendo a sistematização do cuidado/assistência em saúde uma das formas de comunicação e integração das práticas.

Nessa perspectiva, a prática do cuidado, fundamentada na clínica ampliada, implica na mudança do modelo de atenção à saúde das pessoas/comunidade e da gestão dos processos de trabalho para além do modelo de queixa-conduta. A organização do cuidado volta-se para

captar e compreender que as manifestações de sofrimento/doença vincula-se ao contexto de vida, individual e coletivo. Ou seja, muda-se a concepção de saúde somente focada na doença e, mais uma vez, os profissionais são convidados a redirecionar a sua formação por meio do ajuste dos referenciais teóricos ancorado nas necessidades dos usuários do sistema de saúde (Delziovo, Pedebôs, & Moretti-Pires, 2014).

Do ponto de vista da adoção da integralidade no cuidado, o referencial das necessidades de saúde visa trabalhar com as potencialidades e as carências da população do território, nas esferas biológicas, psíquicas e sociais. Após a escuta na captação dos dados durante o cuidado realizado, utiliza-se a classificação das necessidades nas quatro taxonomias construídas por Cecílio, propondo intervenções que possam favorecer não somente as boas condições de vida da pessoa e da comunidade, mas, superar o modelo biomédico por meio da ampliação da captação e resolução dos problemas a partir das potencialidades e carências em todas as suas dimensões. A abordagem na formação do enfermeiro ainda apresenta desafios para que esse referencial possa ser adotado, sendo destacada a necessidade de mudanças no cotidiano dos serviços, corresponsabilidades da equipe, trabalho interprofissional e discussões que possam visar à qualidade da atenção ofertada (Hino, et al., 2019).

Em pesquisa sobre a percepção e o conhecimento de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem brasileiros sobre a SAE, destaca-se que 66,8% dos participantes da investigação receberam alguma formação sobre a SAE. Os autores mencionaram haver associação negativa da variável recebe/não recebe formação sobre a SAE na graduação e conhecimento da SAE, pois as pessoas que afirmaram não terem recebido formação confirmaram ter alto nível de conhecimento sobre a sistematização, porém, podem ter percepção errônea, porque não conseguem descrever taxonomias de enfermagem e não utilizam a SAE na prática assistencial (Oliveira, Almeida, Moreira, & Martins-Torres, 2019).

Ao realizar as ações do cuidado e a sua sistematização, os profissionais e os serviços de saúde deveriam avaliar constantemente como têm efetuado a sua prática profissional, como e porque ela não tem se aproximado dessa diretriz sinalizada pela política de saúde do país, uma vez que também é apontado pelos participantes que não retomam a formação em serviço para rediscutir como estão realizando a SAE. Nessa perspectiva, a atividade de reflexão sobre a prática, proposta pela política nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) (Portaria nº 198/GM/MS, 2004bR), implementada desde 2003 no Brasil, pode ser uma ferramenta potente para que as mudanças possam ser construídas e implementadas. Esta está ancorada na concepção de educação crítico-reflexiva, fundamentada no sociointeracionismo, sendo operacionalizada a partir da reflexão no mundo do trabalho, buscando compreensão sobre as ações realizadas, seus determinantes e reconstrução da prática, considerando a gestão compartilhada com tomada de decisão entre os sujeitos envolvidos no processo (Gigante & Campos, 2016).

Na APS existe, portanto, uma variedade de referenciais usados na sistematização do cuidado, cada um com seu olhar sob a pessoa e o cuidado, porém, percebeu-se que, segundo as participantes, não existe uma proposição de referencial construída de forma pactuada junto ao serviço de saúde. Também sinalizam que os referenciais teóricos têm aplicações específicas para os cenários de intervenção, sendo NANDA ligado à atenção hospitalar, porém, destacam que se pode trabalhar com diversos referenciais na APS. Nesse sentido, tanto a academia como o serviço poderiam se articular por meio de parcerias ensino-serviço para que juntos possam ter diretrizes para a realização do cuidado, de forma que atenda tanto as diretrizes do sistema de saúde como da formação profissional.

Desafios e proposições para realizar a sistematização do cuidado

As participantes da pesquisa consideram que o Conselho Regional de Enfermagem (COREn), enquanto órgão regulador da prática profissional, faz visitas e exige que o enfermeiro realize a sistematização do cuidado, porém, não tiveram formação específica para essa prática por órgãos como SMS, COREn ou MS.

A partir de 2016 a SMS do município pesquisado iniciou uma estratégia piloto para utilizar o prontuário eletrônico na APS. A SMS ofereceu capacitação para manejar o Prontuário Eletrônico do Cidadão/Classificação Internacional de Atenção Primária (PEC/CIAP), mas nem toda a equipe foi contemplada. Os membros da equipe que participaram puderam multiplicar para os demais integrantes. Sinalizam também que puderam aprender a trabalhar com essa sistematização por meio da parceria ensino-serviço.

“com a SAE a gente se aproximou na faculdade. O CIAP teve algumas capacitações, pequenas capacitações dentro da rede de atenção, foram bastante frágeis, porque o sistema ele está em total mudança, em construção ainda, a gente está se capacitando todo dia [...]” (E8)

“eu na minha faculdade não [...] tive pela FAMEMA, porque eu sou preceptora, eu tenho curso que eu fiz no ano passado e me ajuda muito enfatizar ainda mais o que eu achava que era correto, mas eu não tive essa formação não [...]” (E6)

“entrei na residência, foi um aprendizado mais baseado na prática. [...] eles puxavam muito, se você tiver dificuldade, você tem que fazer buscas para discussões, eu tive uma visita do COREN e foi onde eles me cobraram pela primeira vez a sistematização [...]” (E9)

“A secretaria até ofereceu, nem toda a equipe foi contemplada, e tem outros membros da equipe que participaram e multiplicaram [...]” (E5)

A implantação do prontuário eletrônico do paciente (PEP), no Brasil, iniciou nos hospitais e redes de saúde, na década de 60. Ele constitui uma ferramenta utilizada pela enfermagem para registro da sistematização do cuidado, como previsto no artigo 8º da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (COFEn), que traz a exigência da utilização de recursos computacionais para o planejamento das ações, conforme as competências de cada grupo profissional da enfermagem, bem como o preparo necessário para a utilização deste recurso.

A organização do PEC, utilizado atualmente na ESF, foi concebida por órgãos técnicos do Ministério da Saúde (MS) brasileiro e trabalha com a sistematização SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) concebida por Lawrence Weed na década de 60 do século passado (Ministério da Saúde, 2015) Ao organizar o cuidado e sua sistematização a partir do SOAP tem-se a oportunidade de se coletar os dados considerando um determinado referencial a ser adotado pelo serviço de saúde. Há a chance de continuar na lógica do modelo biomédico, com o predomínio dos aspectos biológicos, porém, também há possibilidade de ser expandir a visão sobre o cuidado por meio da clínica ampliada, abordando as necessidades de saúde referidas pelo usuário, sendo essas constituídas a partir do modo de vida das pessoas, famílias e comunidade.

Considerando esse contexto, a instituição de ensino também tem influenciado, em algum momento, com relação aos referenciais teóricos utilizados nos serviços de saúde. Além desses aspectos, as proposições de referenciais como NANDA e CIPESC, que se baseiam nas necessidades humanas básicas, nem sempre vão ao encontro da integralidade no cuidado preconizada na ESF. De acordo com as participantes, se faz necessário articular as necessidades não só biológicas como as sociais e superar a fragmentação no cuidado.

Porém, para que se possa implementar a SAE nos serviços, se faz necessário um projeto e plano, vontade política, apoio institucional e melhoria das condições de trabalho. Grande parte dos profissionais considera importante sua realização, mas falta conhecimento sobre a sistematização, não utilizando um referencial para direcionar sua prática (Neco, Costa, & Feijão, 2015).

A formação profissional para a realização do cuidado em enfermagem e sua sistematização carece ser tratada de forma intencional, organizada e reconhecendo os diversos referenciais. Apoiado na integração ensino-serviço, aposta-se na construção de propostas articuladas com a prática da APS, para que os profissionais possam saber operar os referenciais na perspectiva da integralidade no cuidado, tendo coerência e ancorando o fazer nas diretrizes do SUS (Silva & Chirelli, 2019).

A organização da formação inicial sustentada nas bases teóricas do currículo integrado proporciona essa articulação entre o ensino e o serviço, sendo que o estudante/profissional poderá construir suas práticas a partir da inserção nos serviços de saúde e outras instituições, vivenciando as situações e seus problemas, podendo refletir sobre o fazer, buscando a superação do enfoque do modelo biomédico e na organização curricular disciplinar (Chirelli & Nassif, 2017).

De acordo com Silva, Ribeiro, Paiva, Freitas, & Albuquerque (2015) a formação de profissionais, para o SUS, deve se sustentar em concepções de saúde, educação e trabalho que apontem para mudanças orgânicas nos trabalhadores e nos processos de trabalho. Assim, verifica-se a relevância de se reorientar as relações entre profissionais da saúde, instituições de ensino e comunidade, e se redefinir processos formativos para atuação no setor saúde, de forma a garantir o cuidado integral e humanizado à população. Nota-se a necessidade de integração ensino-serviço-comunidade, de forma a transformar os cenários de aprendizagem, e superar as concepções tradicionais e bancárias de educação.

A construção de projetos integrados entre os três segmentos, a partir das necessidades e dos problemas nos territórios e serviços de saúde, inserindo as pessoas nos processos e atividades a partir da gestão participativa, refletindo sobre as situações, propondo novos caminhos, com tomada de decisão compartilhada, podem sustentar as mudanças a serem elaboradas e implementadas.

Além disso, a formação dos profissionais no serviço também requer a constante reflexão sobre o que se faz para sustentar e mudar formas e referenciais de trabalho, sendo a lógica da EPS importante para que todos possam refletir e construir novos processos de trabalho e referenciais de cuidado (Carvalho, Merhy, & Sousa, 2019).

Portanto, há necessidade de se investir no trabalho em rede, em equipe interprofissional, tendo como referência a integralidade do cuidado como eixo estruturante, podendo constituir um fluxo de cuidado entre os diversos serviços de saúde. Nessa proposta, identifica-se a necessidade de proporcionar o cuidado captando as necessidades dos usuários, famílias e comunidade, planejando e implementando ações que possam articular os diversos serviços, considerando o grau e risco das necessidades identificadas, podendo envolver ações no âmbito ambulatorial, domiciliar e hospitalar. O plano de cuidado em rede exige que os processos de planejamento, organização/sistematização e gestão do cuidado entre os serviços tenha uma proposta de comunicação que possibilita a sua continuidade, seja no momento da internação e alta para o domicílio ou acompanhamento ambulatorial.

Para que isso ocorra torna-se importante superar uma prática fragmentada de sistematização e registro do cuidado, incluindo o de enfermagem, para produzir outros processos e instrumentos de sistematização do cuidado que seja interprofissional, integral e em rede.

Ao proporem mudanças frente às situações desafiadoras, os participantes da pesquisa mencionam também que há necessidade de se investir em mais pesquisas e trabalhos na área de sistematização, que possa ampliar a concepção de cuidado na perspectiva da integralidade.

“eu acho que mais trabalhos, como eu posso dizer, mais pesquisa relacionada a sistematização, eu acho que é isso, a gente tem que ter mais pesquisa relacionado a sistematização, frente a promoção, frente a prevenção de saúde que é tudo muito relacionado ao curativo [...]” (E15)

Sugerem que as rediscussões sobre o cuidado e o trabalho poderiam ser por meio de formação/capacitação na lógica da educação permanente e continuada para os profissionais, que proporcionem conversas e reuniões de discussão sobre o processo de trabalho, a própria sistematização do cuidado, construção e partilha de conhecimento. Essa estratégia poderá ser elaborada tanto pela coordenação dos serviços de saúde do município, por meio da SMS, bem como envolver o conselho regional de enfermagem (COREn), que tem como papel o acompanhamento e supervisão da prática dos profissionais da enfermagem.

“Eu acho que eles deveriam abrir de novo esse espaço para gente e fazer uma educação permanente, por que a gente gostaria de fazer essa parte mais sistematizada da saúde da família [...]” (E1)

“eu acho que capacitações frequentes mesmo, educação permanente, capacitação, educação continuada, e a gente não tem, acho que tanto da nossa instituição, que a gente trabalha e precisa ter também, do próprio conselho nosso, a gente não tem mais essas coisas capacitações do serviço [...]” (E16)

Os participantes sugerem que ocorra estratégia de formação dos profissionais considerando a parceria ensino-serviço.

“[...] a secretaria e Famema, em conjunto, em parceria, propor de estar fazendo uma conversa sobre isso com o COREn. [...] porque eles estão alheios a esse assunto, na Secretaria de Saúde por exemplo [...]” (E1)

“[...] acho que o COREn, precisava se familiarizar com o sistema que estamos usando, para as cobranças sejam feitas não só nível enfermeira [...] é cobrar em cima do ministério da saúde, [...]” (E9)

A parceria ensino-serviço e com o órgão de regulação da profissão, o COREn, poderia ser uma estratégia para desenvolver novos projetos que possam mudar a prática nos serviços de saúde e na formação profissional, a partir de referenciais como as necessidades de saúde e/ou a CIPESC. Destaca-se a necessidade de construir a mediação por meio do diálogo entre a instituição formadora, a gestão dos serviços de saúde na APS e a coordenação do COREn. Sinalizam que a parceria ensino-serviço entre a faculdade e a SMS, poderá ser um caminho estratégico para a aproximação com o COREn, para terem o apoio e não somente cobranças do conselho regional da profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa propôs analisar a formação dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde, no contexto da Estratégia Saúde da Família, que sustentasse a realização da sistematização do cuidado.

A sistematização do cuidado realizada pelo enfermeiro na Atenção Primária a Saúde tem diversidade de referências, uma vez que o serviço de saúde não apresenta diretrizes construídas entre a gestão e os profissionais de saúde. Essa situação abre precedente para que se construa a sistematização a partir de práticas e referenciais que podem não coadunar com a diretriz da integralidade no cuidado.

Por outro lado, ao sinalizarem que não existe uma formação contínua, tanto por parte da instituição municipal, representada pela Secretaria Municipal da Saúde, quanto em nível estadual ou federal, ou mesmo por parte dos órgãos reguladores da profissão no Brasil, sistema COREn/COFEn, isso também proporciona desatualização e perda de oportunidade de mudança e fortalecimento da prática na perspectiva da superação do cuidado fragmentado.

Percebe-se que dentre os determinantes dessa situação está o processo de formação inicial e contínuo, que não seguem diretrizes que apoiem as mudanças na prática profissional para se realizar o cuidado integral, sendo a sistematização desse cuidado realizada pela equipe de saúde, dentre esses a enfermagem, aspecto importante para reorientar as ações cotidianas nos serviços de saúde.

A partir desse contexto, observa-se que o pressuposto inicial de que a gestão dos serviços e a formação dos enfermeiros não têm contribuído para a mudança na prática profissional na perspectiva da integralidade está presente, precisando de mudanças estruturais. Surge a necessidade das instituições formadoras e dos serviços de saúde reverem os processos de planejamento e operacionalização do ensino e aprendizagem sobre a sistematização do cuidado efetuado pela equipe e pela enfermagem, considerando as suas bases de sustentação e os métodos, estando em conformidade com as necessidades de saúde e dos modelos de atenção orientados pela integralidade. A educação permanente em saúde surge como ferramenta importante a ser adotada tanto pela academia como pelo serviço.

Sinaliza-se, também, a importância de se ampliar a investigação com as instituições formadoras, analisando os métodos utilizados no ensino para captar as formas de organização, os referenciais teóricos adotados e os limites para que se possam constituir projetos mais articulados com os serviços de saúde, trabalhando-se, assim, com os problemas da realidade.

REFERÊNCIAS

- Carvalho, M. S., Merhy, E. E., & Sousa, M. F. (2019). Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23(e190211), 1-12. doi:10.1590/interface.190211
- Cecílio, L. C. (2015). *Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental. Módulo 4 - Cuidado em Saúde*. Acesso em 20 de Abril de 2020, disponível em UNIFESP: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3244>.
- Chirelli, M. Q., & Nassif, J. V. (2017). O processo ensino-aprendizagem em metodologia ativa: visão do professor no currículo integrado e por competência dialógica. *Indagatio Didactica*, 9(3), pp. 61-77. Acesso em 5 de Dezembro de 2019, disponível em <https://proa.ua.pt/index.php/id/article/view/619>.
- Colaço, A. D., Meirelles, B. H., Heidemann, I. T., & Villarinho, M. V. (2019). O Cuidado à pessoa que vive com HIV/ AIDS na atenção primária à saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(e20170339), 1-14. doi:10.1590/s0103-73312019290403.

- Consejo Internacional de Enfermeiras. (2020). *Ámbito de la práctica de enfermería*. Acesso em 18 de Abril de 2020, disponível em Declaración de posición: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07_Ambito_practica_enfermeria-Sp.pdf.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2009). *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Resolução COFEN-358/2009*. Fonte: COFEN: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Ding, S., Lin, F., & Gillespie, B. (2016). Surgical wound assessment and documentation of nurses: an integrative review. *Journal Of Wound Care*, 25(5), 232-240. doi:10.12968/jowc.2016.25.5.232
- Delziovo, C. R., Pedebôs, L. A., & Moretti-Pires, R. O. (2014). *Bases Conceituais da Clínica Ampliada. – Clínica Ampliada como Metodologia de Trabalho. – Caminhos para Implementar a Clínica Ampliada. – Práticas Exitosas de Clínica Ampliada*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Acesso em 10 de Dezembro de 2019, disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1147>
- Freitas, G. M., & Santos, N. S. (2014). Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 4, 1194-1203. doi:10.19175.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020* (11. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Hino, P., Horta, A. L., Gamba, M. A., Taminato, M., Fernandes, H., & Sala, D. C. (2019). Comprehensiveness in the perspective of public health: pathways for the training of the nurse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1178-1182. doi:10.1590/0034-7167-2018-0443
- Gigante, R. L., & Campos, G. W. de S. (2016). Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(3), 747-763.
- Gutiérrez, M. G., & Morais, S. C. (2017). Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2), 436-441.
- Krauzer, I. M., Adamy, E. K., Ascari, R. A., Ferraz, L., Trindade, L., & Neiss, M. (2015). Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? *Ciencia y Enfermería*, 21(2), 31-38.
- Lima, C. d., Moreira, K. S., Costa, G. S., Maia, R. S., Pinto, M., Vieira, M. A., & Costa, S. (2019). Avaliação do Processo de Trabalho entre Equipes de Saúde da Família de um Município de Minas Gerais, Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), e0018710. doi:10.1590/1981-7746-sol00187.
- Maciel, A. G., Caldeira, A. P., & Diniz, F. J. (2014). Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. *Saúde em Debate*, 38 (Edição Especial), 319-330.
- Marília. (2010). *Dados de Marília*. Fonte: Prefeitura Municipal de Marília: <http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/marilia/dados-de-marilia/>.
- Minayo, M. C. (2013). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (13ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2015). *Manual de Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC v.1.3*. Brasil: Autor.
- Neco, K. K., Costa, R. A., & Feijão, A. R. (2015). Systematization of nursing care in health institutions in Brazil: an integrative review. *Rev enferm UFPE on line*, 9(1), 193-200.
- Nichiata, L. Y., Padoveze, M. C., Ciosak, S. I., Gryscek, A. L., Costa, Â. A., Takahashi, R. F., Cubas, M. R. (2012). Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 766-771. doi:10.1590/S0080-62342012000300032.
- Oliveira, B. L., Cardoso, L. F., Dominice, R. D., Corrêa, A. A., Fonseca, A. E., Moreira, J. P., & Luiz, R. R. (2020). A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, 1-14.
- Oliveira, C. S., & Borges, M. D. (2017). Representações sociais de enfermeiros que cuidam de crianças sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3), e66840. doi:10.1590/1983-1447.2017.03.66840.
- Oliveira, J. M., & Almeida, R. D. (2019). As máquinas de complexidade: diálogo com Edgar Morin. *Educação e Pesquisa*, 45(e201945002002), 1-14. doi:10.1590/S0080-62342012000300032.
- Oliveira, K. S., Baduy, R. S., & Melchior, R. (2019). O encontro entre Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família: a produção de um coletivo cuidador. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29, 1-20. doi:10.1590/s0103-73312019290403.
- Oliveira, M. R., Almeida, P. C., Moreira, T. M., & Martins-Torres, R. A. (2019). Nursing care systematization: perceptions and knowledge of the Brazilian nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), pp. 1547-1553. doi:10.1590/0034-7167-2018-0606.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2019). *Diretriz estratégica para a enfermagem na Região das Américas*. Acesso em 18 de Janeiro de 2020, disponível em Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50956>.
- Pinto, L. F., & Giovanella, L. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1903-1914. doi:10.1590/1413-81232018236.05592018.

- Portaria nº 198/GM/MS de 2004 [Ministério da Saúde]. Institui a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 13 de Fevereiro de 2004.
- Portaria nº 2.488 de 2011 [Ministério da Saúde]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 21 de Outubro de 2011.
- Resolução nº 466 de 2012 [Ministério da Saúde]. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 12 de dezembro de 2012.
- Resolução nº 573 de 2018 [Ministério da Saúde]. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 30 e 31 de janeiro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata. 31 de janeiro de 2018.
- Silva, A.C.S., & Chirelli, M.Q. (2019). Sistematização do Cuidado em Saúde: análise temática da formação dos enfermeiros. In: *CIAIQ2019. Atas - Investigação Qualitativa em Educação/Investigación Cualitativa en Educación*, 1, 488-497.
- Silva, A. L., Ribeiro, M. A., Paiva, G. M., Freitas, C. A., & Albuquerque, I. M. (2015). Saúde e educação pelo trabalho: reflexões acerca do PET-Saúde como proposta de formação para o Sistema Único de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(Suppl. 1), 975-984. doi:10.1590/1807-57622014.0987.
- Silveira, V., Silva, K. C., & Hertel, V. L. (2016). Sistematização da assistência de enfermagem na saúde da família: percepção dos acadêmicos de enfermagem - Systematization of nursing care in the family health: perception of nursing students. *Rev. enferm. UFPE on line*, 10(11), 3892-3900. Acesso em 9 de Junho de 2019, disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-30133?lang=pt>.
- Wojnar, D. M., & Whelan, E. M. (2017). Preparing nursing students for enhanced roles in primary care: The current state of prelicensure and RN-to-BSN education. *Nursing Outlook*, 65(2), 222-232. doi:10.1016/j.outlook.2016.10.006.